



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-19 „Ultraschallkontrollierte Injektionen in der Neuraltherapie“** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum Kurs.

<b><u>Kurstermin:</u></b>	26.03.2022
<b><u>Kurszeiten:</u></b>	Samstag, 09.00 bis 17.00 Uhr
<b><u>Kursort:</u></b>	Neuromed Berlin, Schloßstraße 19, 12163 Berlin
<b><u>Dozent:</u></b>	Dr. med. Oliver Wengert
<b><u>Wissenschaftliche Leitung:</u></b>	Dr. med Uwe Günter
<b><u>Kursgebühr:</u></b>	
Mitglieder	200,00 €
Nichtmitglieder	260,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben  
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Uwe Günter  
Kursleiter

Anlage:  
Anmeldeformular

**Stornierung:** Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. In diesem Falle werden 100 % der Kursgebühren erstattet. Sonstige Stornierungskosten werden nicht übernommen. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn Ihre Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

Ihre Antwort per Fax 036651/55074, E-Mail [info@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de)  
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

## ANMELDUNG

**Neuraltherapie-Masterkurs:  
Ultraschallkontrollierte Injektionen in der Neuraltherapie  
am 26.03.2022  
Kennwort: NT-MK-19**

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Neuraltherapie-Masterkurs an:

Titel: .....

Name: ..... Vorname: .....

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

Tel. .... E-Mail: .....

Praxispersonal – Name .....

**Kursgebühr:**

Mitglieder 200,00 €  
Nichtmitglieder 260,00 €

**Überweisung nach Erhalt der Rechnung an:**

DGfAN  
Dt. Apotheker- und Ärztebank  
IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33  
BIC: DAAEDEDXXX

Mitglied DGfAN\*: ja/nein

Arzt/Zahnarzt/Tierarzt\*

....., den .....

Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

**Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!**

\* Nichtzutreffendes bitte streichen