

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum Neuraltherapie - Praxiskurs mit Patientenvorstellung und Injektionstechniken je nach Fall einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Der Neuraltherapie-Masterkurs ist in unsere **XX. Warnemünder Woche** eingebunden. Zusätzlich finden weitere Neuraltherapie- und Akupunkturkurse, sowie Spezialseminare statt.

Kurstermin: Sonntag, 15. bis Montag, 16. Mai 2022

Kurszeiten: Sonntag 09.00 bis ca. 17.30 Uhr

Montag 09:00 bis ca. 15:30 Uhr

**Kursort:** Praxis Dr. med. Udo Franke, Lindenweg 10,

18069 Lambrechtshagen, Tel.: 0381 80 99 223

Kursleiter: Dr. med. Udo Franke

Kursgebühr:

Mitglieder: 340,00 €
Nichtmitglieder: 430,00 €
Gasthörer Praxispersonal: 150,00 €

Die Tagespauschale (TP) wird neben den Kursgebühren gesondert ausgewiesen. Sie entsteht verbindlich mit der Buchung des Kurses und ist je nach Kursort unterschiedlich hoch. Der Kurspreis ergibt sich aus der Kursgebühr und der Tagespauschale.

Es ist erlaubt, eine Person von Ihrem Praxispersonal als Gasthörer mitzubringen. Bitte beachten Sie, dass der Gasthörer bei den Übungen nur als "Zuschauer" zugelassen ist. Sollten Sie von dieser Sonderregelung Gebrauch machen, vermerken Sie dies auf der Anmeldung und teilen uns bitte auch den Namen mit.

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Udo Franke Kursleiter

Anlage:

Anmeldeformular

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

DGfAN-Geschäftsstelle Mühlgasse 18b 07356 Bad Lobenstein

## **ANMELDUNG**

## **Neuraltherapie-Masterkurs** Praxiskurs mit Patientenvorstellung und Injektionstechniken je nach Fall NT-MK-04 - 15. - 16. Mai 2022

Kennwort: NT-MK-04-Warnemünde

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

Titel:				
Name:			Vorname:	
PLZ Wohnort:			Straße:	
Tel.			E-Mail:	
Praxispersonal	– Name			
Kursgebühr: Mitglieder: Nichtmitglieder Praxispersonal Überweisung	: 43 : 15	0,00 € 0,00 € 0,00 € alt der Rechnung	ı an:	
Dt. Apotheker IBAN: DE79 3 BIC: DAAEDE	3006 0601			
Mitglied DGfAN*: ja/nein			Arzt/Zahnarzt/Tierarzt*	
		de a		
		, aen		schrift/Stempel
Haftungsausschluss: Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!				
* Nichtzutreffend	as hitta straich	an.		