



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-08/Zahnartzkurs-04 „Neuraltherapie bei stomatognathen Störungen (Zahnstörfelder und CMD)“** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum Kurs.

<b><u>Kurstermin:</u></b>	06. - 07.05.2023
<b><u>Kurszeiten:</u></b>	Samstag, 09.00 bis 17.00 Uhr Sonntag, 09.00 bis 15.30 Uhr
<b><u>Kursort:</u></b>	Essen
<b><u>Kursleiter:</u></b>	Dr. med. Felix Joyonto Saha
<b><u>Kursgebühr:</u></b>	
Mitglieder	450,00 € + TP**
Nichtmitglieder	550,00 € + TP**

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.

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben  
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Felix Joyonto Saha  
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/Zahnartzkurs:  
Neuraltherapie bei stomatognathen Störungen (Zahnstörfelder und  
CMD) – 06. – 07.05.2023**

**Kennwort: NT-MK-08/ZAK-04-Essen**

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

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

Praxispersonal – Name .....

**Kursgebühr:**

Mitglieder	450,00 € + TP**
Nichtmitglieder	550,00 € + TP**
Kursskript	20,00 €

**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\*

Sie erhalten vor Kursbeginn das Kursskript als PDF-Datei. Sie können sich Ihre Kursunterlagen ausdrucken und zum Kurs mitbringen und/oder die Datei auf Ihren PC laden. Auf Wunsch können Sie auch ein gedrucktes Skript (20,00 €) käuflich erwerben.

**Ich möchte ein gedrucktes Skript kaufen**

....., den .....  
Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

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

\* Nichtzutreffendes bitte streichen

\*\* genauer Betrag wird später bekannt gegeben