



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-06/Zahnartzkurs-17:**

Neuraltherapie bei Schwindel

einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Kurstermin: Donnerstag, 08.06.2023
Kurszeiten: 09.00 bis 17.00 Uhr

Veranstaltungsort: Hotel Neptun, Seestraße 19, 18119 Rostock-Warnemünde,
Tel.: 0381/7770, Fax: 0381/777402
E-Mail: info@hotel-neptun.de, www.hotel-neptun.de

Kursleiter: MR Dr. med. Rainer Wander

Kursgebühr:
Mitglieder: 277,00 € (250,00 € + 27,00 € TP)
Nichtmitglieder: 327,00 € (300,00 € + 27,00 € 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.

Der Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs ist eingebunden in die

XXI. Warnemünder Woche der DGfAN

Außerdem finden weitere Akupunkturkurse und Neuraltherapiekurse sowie Spezialseminare statt. Das gesamte Programm können Sie über die DGfAN-Geschäftsstelle anfordern oder über www.dgfan.de einsehen.

Anlage:
Rückmeldeformular

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
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs:
Neuraltherapie bei Schwindel – 08. Juni 2023
Kennwort: NT-MK-06/ZAK-17-Warnemünde

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: 277,00 € (250,00 € + 27,00 €)
Nichtmitglieder 327,00 € (300,00 € + 27,00 €)
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*

Nach Eingang der Kursgebühren erhalten Sie 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