



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-20/Akupunktur-Masterkurs-18**

**Injektions- und Nadeltechniken am anatomischen Präparat**

**Sympathische und parasympathische Ganglien Kopf- und Halsbereich**

einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

**Kurstermin:** Samstag, 10.06.2023

**Kurszeiten:** 09.00 bis 17.00 Uhr

**Veranstaltungsort:** **Universität Rostock**, Institut für Anatomie  
Gertrudenstraße 9, 18057 Rostock

**Kursleiter:** Dr. med. Udo Franke

**Gastdozent:** Prof. Dr. med. Andreas Wree

**Kursgebühr:**

Mitglieder: 250,00 €

Nichtmitglieder: 300,00 €

Der Neuraltherapie-Masterkurs ist eingebunden in die

## **XXI. Warnemünder Woche der DGfAN**

Außerdem finden Akupunkturkurse, weitere Neuraltherapiekurse und Spezialseminare statt. Das gesamte Programm können Sie über die DGfAN-Geschäftsstelle anfordern oder über [www.dgfan.de](http://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](mailto:info@dgfan.de)  
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b  
07356 Bad Lobenstein

## ANMELDUNG

**Injektions- und Nadeltechniken am anatomischen Präparat  
- 10. Juni 2023 -**

Kennwort: NT-MK-20/AP-MK-18-Rostock

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

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

**Kursgebühr:**

Mitglieder: 250,00 €  
Nichtmitglieder: 300,00 €

**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