



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Mitglied im ICMART – International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques,
im ECPM – European Council of Doctors for Plurality in Medicine
und in der HUFELANDGESELLSCHAFT FÜR GESAMTMEDIZIN e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihr Interesse an den Ausbildungskursen unserer Gesellschaft. Hiermit erhalten Sie die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zu unserem **Neuraltherapie-Grundkurs-03 / Zahnartzkurs-03 - Stress- bzw. Störfeldtheorie und Störfeldtherapie**.

Kurstermin: Freitag, 03.03. bis Samstag 04.03.2023

Kurszeiten: Freitag von 09.00 bis ca. 17.30 Uhr
Samstag von 09.00 bis ca. 16.45 Uhr

Kursort: Leipzig

Kursleiter: Dr. med. Udo Franke

Kursgebühr pro Kurs:

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.

Ich wünsche Ihnen eine gute Anreise und verbleibe
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Udo Franke
Kursleiter

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-Grundkurs/Zahnartzkurs
NT-GK-03/ZAK-03 03.-04.03.2023
Kennwort: NT-GK-03 Leipzig

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Neuraltherapie-Grundkurs/Zahnartzkurs -03 an:

Titel:

Name:

Vorname:.....

PLZ Wohnort:

Straße:.....

Tel.

Fax:

E-Mail:

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 € pro Kurs) käuflich erwerben.

Ich möchte ein gedrucktes Skript (je Kurs) kaufen

....., den

.....

Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen

** wird noch bekannt gegeben