



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zu den **Neuraltherapie-Masterkursen: Vegetatives Nervensystem, Ganglien und Praxiskurs mit Patientenvorstellung und Injektionstechniken** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zu den Kursen.

**Kurstermine:** NT-MK-01 (15 UE), Do. 03.10.- Fr. 04.10.2024  
Vegetatives Nervensystem, Ganglien

**Kursleiter:** Nicolas Stamer

**Kurszeiten:** Donnerstag 09.00 bis 17.00 Uhr und Freitag von 09.00 bis 15:30 Uhr

**Kursort:** Novotel Regensburg Zentrum  
Landshuterstr. 27, 93047 Regensburg  
HA228@accor.com

**Kursgebühr:**  
Mitglieder 450,00 € + 84,00 € TP  
Nichtmitglieder 550,00 € + 84,00 € 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

Nicolás Stamer  
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 senden Sie bitte per E-Mail an [info@dghan.de](mailto:info@dghan.de),  
per Fax 036651/55074 oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

## ANMELDUNG

Neuraltherapie-Masterkurse-01

NT-MK-01 03.10.-04.10.2024

Kennwort: NT-MK-01-Regensburg

Hiermit melde ich mich verbindlich zu den Neuraltherapie-Masterkursen an:

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

**Kursgebühr:**

Mitglieder: 534,00 € (450,00 € +84,00 € TP)

Nichtmitglieder: 634,00 € (550,00 € +84,00 € TP)

**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.

....., den .....

.....  
Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

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

\* Nichtzutreffendes bitte streichen