



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zu unserem **Neuraltherapie-Masterkurs-05a**, „**Neuraltherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Urogynäkologie, Urologie, Andrologie**“ einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum Kurs.

<u>Kurstermin:</u>	Samstag, 21.09.2024
<u>Kurszeiten:</u>	09.00 bis 17.00 Uhr
<u>Kursort:</u>	Praxis Cornelia Wüst, Hohenzollerndamm 84, 14199 Berlin, Tel.: 030 - 826 20 20, E-Mail: c.rahn-gyn@t-online.de
<u>Kursleiter:</u>	Dr. med. Uwe Günter
<u>Gastdozent:</u>	Dr. med. Cornelia Wüst
<u>Kursgebühr:</u>	
Mitglieder	250,00 €
Nichtmitglieder	300,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Uwe Günter
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 senden Sie bitte per E-Mail an info@dgfan.de,
per Fax 036651/55074 oder per Post an:**

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

Neuraltherapie-Masterkurs:

**Neuraltherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Urogynäkologie,
Urologie, Andrologie**

- 21.09.2024 in Berlin -

Kennwort: NT-MK-05a-Berlin

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

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Praxispersonal – Name

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*

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