



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-32/Akupunktur-Masterkurs-28**

Äußere Kennzeichen (Primärdiagnostik) und deren Verwendung in der Akupunktur und Neuraltherapie – Organsystem Magen-Darm-Trakt

einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Kurstermin: Samstag, 26.05.2024

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 Dipl.-Med. Christian Albrecht

Kursgebühr:

Mitglieder: 250,00 € + 33,00 € TP

Nichtmitglieder: 300,00 € + 33,00 € TP

Der Neuraltherapie-Masterkurs ist eingebunden in die

XXII. 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 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 senden Sie bitte per E-Mail an info@dghan.de,
per Fax 036651/55074 oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

Primärdiagnostik – Organsystem Magen-Darm-Trakt
-26. Mai 2024 -

Kennwort: NT-MK-32/AP-MK-28-Warnemünde

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

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Kursgebühr:

Mitglieder: 283,00 € (250,00 € + 33,00 € TP)
Nichtmitglieder: 333,00 € (300,00 € + 33,00 € 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*

....., den

.....
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen