



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-01: Vegetatives Nervensystem, Ganglien und Praxiskurs mit Patientenvorstellung und Injektionstechniken** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen.

**Kurstermin:** NT-MK-01 (15 UE), Fr. 06.09. - Sa. 07.09.2024

**Kursleiter:** Dr. med. Uwe Günter

**Kurszeiten:** Freitag von 09.00 bis ca. 17.30 Uhr  
Samstag von 09:00 bis ca. 16.45 Uhr

**Kursort:** Praxisgemeinschaft Dr. Mark Klingenhöfer, Dr. Martin Vazan, Dr. Christian Schmidt,  
Borsbergstr. 44, 01309 Dresden

**Kursgebühr:**

Mitglieder: 450,00 €  
Nichtmitglieder: 550,00 €

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: 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-Masterkurs-01**  
**NT-MK-01 06.-07.09.2024**  
Kennwort: NT-MK-01-Dresden

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

Titel und Name: ..... Vorname: .....

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

Praxispersonal – Name .....

**Kursgebühr:**

Mitglieder: 450,00 €

Nichtmitglieder: 550,00 €

**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.

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

.....  
Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

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

\* Nichtzutreffendes bitte streichen