



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: Neuraltherapie bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zu den Kursen.

Kurstermine: NT-MK-02 (15 UE), Do. 07.03.- Fr. 08.03.2024
HWS, BWS, Thorax und obere Extremität
NT-MK-03 (15 UE), Sa. 09.03.- So. 10.03.2024
LWS, Becken und untere Extremität

Kursleiter: Dr. med. Udo Franke

Kurszeiten: Donnerstag/Samstag, jeweils von 09.00 bis 17.00 Uhr
Freitag/Sonntag, jeweils von 09.00 bis 15.30 Uhr

Kursort: Evang. Krankenhaus Essen-Steele
Am Deimelsberg 34a
45276 Essen

Kursgebühr pro Kurs: 450,00 € + 34,00 € TP
Nichtmitglieder 550,00 € + 34,00 € 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

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 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-Masterkurse-02/03

- NT-MK-02 07.03.-08.03.2024
 NT-MK-03 09.03.-10.03.2024

Kennwort: NT-MK-02/03-Essen

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

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Kursgebühren gesamt (pro Kurs):

Mitglieder: 968,00 € (450,00 € + 34,00 € TP)

Nichtmitglieder: 1168,00 € (550,00 € + 34,00 € 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

** genauer Betrag wird später bekannt gegeben