



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Praxisseminar – Patientenvorstellung und Injektionstechniken** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Oft ist es für Kollegen, die mit NT beginnen, schwierig den Patienten zu überzeugen, sich mit Injektionen behandeln zu lassen. Aus 25 Jahren praktischer Erfahrung mit NT in meiner Praxis für Allgemeinmedizin werden den Teilnehmern Möglichkeiten zur Patientenführung und Einführung der NT in die eigene Praxistätigkeit aufgezeigt. Es werden Patienten demonstriert und häufige Injektionstechniken geübt.

Kurstermin: Sa., 20.04.2024

Kurszeit: Sa., 09.00 - 17.00 Uhr

Kursort: **Praxis Dr. med. Cordula Christoph**, Charitéstraße 5, 10117
Berlin, Tel.: 030/2043560

Kursleiterin: Dr. med. Cordula Christoph

Kursgebühren:

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. Cordula Christoph
Kursleiterin

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-Masterkurs
Praxisseminar – Patientenvorstellung und Injektionstechniken
NT-MK-04 –20.04.2024
Kennwort: NT-MK-04-Berlin

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Neuraltherapie-Masterkurs an:

Titel:

Name:

Vorname:.....

PLZ Wohnort:

Straße:.....

Tel.

Fax:

E-Mail:

Kursgebühren:

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