



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Mitglied im ICMART – International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques,  
im ECPM – European Council of Doctors for Plurality in Medicine  
und in der HUFELANDGESELLSCHAFT FÜR GESAMTMEDIZIN e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihr Interesse an den Ausbildungskursen in der Neuraltherapie. Hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum **Neuraltherapie-Masterkurs – Kinesiologische Störfeldtestung**.

<b><u>Kurstermin:</u></b>	04.10. - 05.10.2025
<b><u>Kurszeiten:</u></b>	Samstag von 09.00 - 17.30 Uhr Sonntag von 09.00 - 16.45 Uhr
<b><u>Kursort:</u></b>	Praxis Dr. med. Udo Franke Lindenweg 10 18069 Sievershagen
<b><u>Kursleiter:</u></b>	Dr. med. Udo Franke
<b><u>Kursgebühr:</u></b>	
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. Udo Franke  
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](mailto:info@dgfan.de),  
per Fax 036651/55074 oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b  
07356 Bad Lobenstein

**ANMELDUNG**  
**Neuraltherapie-Masterkurs:**  
**Kinesiologische Störfeldtestung**  
**NT-MK-25 – 04. - 05.10.2025**  
**Kennwort: NT-MK-25**

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

Titel: .....

Name: ..... Vorname: .....

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

Tel. .... 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\*

....., den .....  
Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

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

\* Nichtzutreffendes bitte streichen