



# 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,

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:** 13.03. - 14.03.2025  
HWS, BWS, Thorax und obere Extremität

**Kursleiter:** Dr. med. Udo Franke

**Kurszeiten:** Donnerstag von 09.00 bis 17.00 Uhr  
Freitag von 09.00 bis 15:30 Uhr

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

**Kursgebühr:**  
Mitglieder 450,00 € + 30,00 € TP  
Nichtmitglieder 550,00 € + 30,00 € 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](mailto:info@dgfan.de),  
per Fax 036651/55074 oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b  
07356 Bad Lobenstein

## ANMELDUNG

Neuraltherapie-Masterkurs-02

NT-MK-02 13.03. - 14.03.2025

Kennwort: NT-MK-02-Essen

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

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

### Kursgebühr:

Mitglieder: 480,00 € (450,00 € + 30,00 € TP)

Nichtmitglieder: 580,00 € (550,00 € + 30,00 € 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