



# 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 unserer Gesellschaft. Hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum

**Neuraltherapie-Masterkurs 23:  
Funktionsketten & segmentale Therapien**

<b><u>Kurstermine:</u></b>	<b>NT-MK-23</b> , Samstag, 14.02.2026 Untersuchung der Muskelfunktionsketten in Akupunktur und Neuraltherapie
<b><u>Kurszeiten:</u></b>	09.00 bis 17.00 Uhr
<b><u>Kursort:</u></b>	Privatpraxis Nicolás Stamer, Landshuterstr. 7, 93047 Regensburg Tel.: 0941/46291033, <a href="http://www.stamer-harris.de">www.stamer-harris.de</a> , <a href="mailto:info@stamer-harris.de">info@stamer-harris.de</a>
<b><u>Kursleiter:</u></b>	Nicolás Stamer
<b><u>Kursgebühr:</u></b>	
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  
Ihr

Nicolás Stamer  
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. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der DGfAN.

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-23**  
**Funktionsketten & segmentale Therapien**  
**NT-MK-23 – 14.02.2026**  
**Kennwort: NT-MK-23-Regensburg**

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

Titel: .....

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

PLZ/Wohnort: ..... Straße: .....

Tel. .... Fax: .....

E-Mail: .....

**Kursgebühr:**

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