



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 zur Neuraltherapie. Hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zu den

Neuraltherapie-Grundkurs 04 – Neuraltherapie – Praxiskurs.

Kurstermine: NT-GK-04 (15 UE) Sa. 25.04. - So. 26.04.2026

Kurszeiten: Samstag von 09.00 bis 17.00 Uhr
Sonntag, von 09.00 bis 15.30 Uhr

Kursort: Privatpraxis Nicolás Stamer,
Landshuterstr. 7, 93047 Regensburg, Tel.: 0941/46291033

Kursleiter: Nicolás Stamer

Kursgebühr pro Kurs:

Mitglieder: 450,00 € + TP **

Nichtmitglieder: 550,00 € + 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

Nicolás Stamer
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. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der DGfAN.

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-Grundkurs
NT-GK-04 25./26.04.2026*
Kennwort: NT-GK-04-Regensburg**

Hiermit melde ich mich verbindlich zu den Neuraltherapie-Grundkursen/Zahnarztkursen an:

Titel:
Name: Vorname:
PLZ Wohnort: Straße:
Tel. E-Mail:
Praxispersonal – Name

Kursgebühren

Mitglieder: 450,00 € + TP**
Nichtmitglieder: 550,00 € + 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