



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**.

Kurstermin: NT-MK-25 Samstag 18.09. – Sonntag 19.09.2027

Kurszeiten: Samstag von 09.00 - 17.30 Uhr
Sonntag von 09.00 - 16.45 Uhr

Kursort: Praxis Dr. med. Udo Franke
Lindenweg 10
18069 Lambrechtshagen

Kursleiter: Dr. med. Udo Franke

Kursgebühr:
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. 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-Masterkurs:
Kinesiologische Störfeldtestung
NT-MK-25. – 18. – 19.09.2027
Kennwort: NT-MK-25-Lambrechtshagen**

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