



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihr Interesse an den Ausbildungskursen. Hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum **Spezialseminar 09 – Kinesiologische Störfeldtestung**.

Das Spezialseminar ist in die Berliner Fortbildungstage eingebunden. Zusätzlich finden Akupunkturkurse, Neuraltherapie-Grundkurse, weitere Neuraltherapie-Masterkurse und Spezialseminare statt. Das gesamte Programm sehen Sie auf unserer Website www.dgfan.de.

<u>Kurstermin/</u>	Montag, 02.10. – Dienstag, 03.10.2023
<u>Kurszeit:</u>	09.00 – 17.00 Uhr
<u>Kursort:</u>	Charité Berlin, Wilhelm-Waldeyer-Haus, Philippstr. 11 (Zugang über Luisenstr. 57), 10115 Berlin
<u>Kursleiter:</u>	Dr. med. Udo Franke
<u>Kursgebühr:</u>	250,00 € + TP**
Nichtmitglieder	300,00 € + TP**

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 per Fax 036651/55074, E-Mail info@dgfan.de
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
Spezialseminar 09 –
Kinesiologische Störfeldtestung
SPS-09 – 02.-03.10.2023
Kennwort: SPS-09 Berlin

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Neuraltherapie-Masterkurs an:

Titel:

Name:

Vorname:.....

PLZ Wohnort:

Straße:.....

Tel.

Fax:

E-Mail:

Kursgebühr: 250,00 € + TP**
Nichtmitglieder 300,00 € + 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.

....., den

.....
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen

** genauer Betrag wird später bekannt gegeben