



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-04 „Gelenkinjektion“** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum Kurs.

<u>Kurstermin:</u>	20.09.2024
<u>Kurszeiten:</u>	Freitag, 09.00 bis 17.00 Uhr
<u>Kursort:</u>	Praxis Dr. Udo Franke Lindenweg 10 18069 Sievershagen
<u>Kursleiter:</u>	Dr. med Udo Franke
<u>Kursgebühr:</u>	
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

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. 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,
per Fax 036651/55074 oder per Post an:**

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
Neuraltherapie-Masterkurs:
Gelenkinjektion
am 20.09.2024
Kennwort: NT-MK-04

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Neuraltherapie-Masterkurs an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Praxispersonal – Name

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*

....., den
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen