

Einführungsseminar in die Matrix-Rhythmus-Therapie für Zahnärzte

Eine tiefenwirksame, rhythmische Mikro-Extensionstechnik zur Therapie chronischer Erkrankungen des Nerven, Stütz- und Bewegungssystems

am Samstag, den 25. November 2017

Kieferorthopädische Praxis

Dr. Marc-Achim Töpert

Theatergasse 14

90402 Nürnberg

REFERENTEN

Dr. Marc-Achim Töpert und Dr. Thomas Weidenbeck

ZEITPLAN

| | |
|-----------|--|
| 09:00 Uhr | Einführung in die Grundlagen und Theorie der Matrix-Therapie |
| 10:45 Uhr | Kaffeepause |
| 11:00 Uhr | Diskussion und Demonstration der Matrix-Rhythmus-Therapie |
| 13:00 Uhr | Mittagspause |
| 14:00 Uhr | Praktikum |
| 17:00 Uhr | Ende der Veranstaltung |

TEILNAHMEGEBÜHR

| | | |
|---------------|------------------------------|------------------------|
| Seminargebühr | eine Person | EUR 500,00 zzgl. MwSt. |
| Seminargebühr | als Team (Zahnarzt + ZFA) | EUR 750,00 zzgl. MwSt. |

ANGEBOT

Bei der Bestellung eines Matrixmobil® am Tag des Einführungsseminars werden Ihnen EUR 125,00 auf den Kaufpreis angerechnet.

ANMELDUNG

Nach der Verfügbarkeitsprüfung des von Ihnen gewünschten Seminartermins erhalten Sie die Rechnung für die Überweisung Ihrer Teilnahmegebühr. Die Teilnahmebestätigung samt Wegbeschreibung erhalten Sie nach dem Zahlungseingang.

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, erfolgt die Bestätigung der Anmeldungen chronologisch nach dem Zeitpunkt des Zahlungseingangs. Anmeldeschluss ist zwei Wochen vor Seminartermin.

Ich melde mich verbindlich für das Einführungsseminar am **25. November 2017 in Nürnberg** an.

Stornierungen sind bis zwei Wochen vor Seminarbeginn kostenfrei. Danach erheben wir für Stornierungen eine Stornogegebühr i.H.v. 20% der Seminargebühr.

AN

Kieferorthopädische Praxis

Dr. Marc-Achim Töpert

Theatergasse 14

90402 Nürnberg

Tel: 0911 224 669 / Fax: 0911 24 181 92

info@kfo-ngb.de

www.kfo-ngb.de

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Name, Vorname | | |
| Name, Vorname (ZFA) | | |
| Straße | | |
| PLZ, Ort | | |
| Telefon | | |
| Besitzen Sie bereits ein Matrixmobil? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Datum, Unterschrift | | |