



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 unserer Gesellschaft. Hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum

Akupunktur-Praktikum-04 und -Fallseminar

Kurstermin/-zeiten: AP-PK-04 08. Januar 2021, 09.00-13.00 Uhr
09. Januar 2021, 09.00-18.00 Uhr
AP-FS 08. Januar 2021, 13.30-17.00 Uhr

Kursort: Hotel Sanddorn, **Praxis MR Dr. med. Regina Schwanitz**, Strandweg 12,
18119 Rostock-Warnemünde, Tel. (03 81) 5 43 99 35

Übernachtung: Hotel Sanddorn, Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde
Tel. (03 81) 5 43 99 35, E-Mail: reception@kurhotel-sanddorn.de,
Sonderpreise unter dem Code „Akupunkturkurs“

Kursleiterin: MR Dr. med. Regina Schwanitz

<u>Kursgebühr:</u>	AP-PK-04	AP-FS
Mitglieder	260,00 €	80,00 €
Nichtmitglieder	360,00 €	110,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Jeder Teilnehmer sollte drei „Papierfälle“ zur Vorstellung und Diskussion bringen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit herzlichen Grüßen
Ihre

MR Dr. med. Regina Schwanitz
Kursleiterin

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 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
Akupunktur-Praktikum-04 und -Fallseminar – 08./09.01.2021
Kennwort: AP-FS-PK-04-Warnemünde

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur - Fallseminar und -Praktikum an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:.....

Tel. Fax:

E-Mail:

<u>Kursgebühr:</u>	AP-PK-04	AP-FS
Mitglieder	260,00 €	80,00 €
Nichtmitglieder	360,00 €	110,00 €

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*

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. Auf Wunsch können Sie auch ein gedrucktes Skript für 20,00 € käuflich erwerben.

Ich möchte ein gedrucktes Skript kaufen

....., den

.....
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen