



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-Fallseminar

<u>Kurstermin/</u>	AP-FS	24.11.2024 / 08:00 – 12:00 Uhr
<u>Kursort:</u>	Praxis MR Dr. med. Regina Schwanitz , Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde, Tel. (03 81) 5 43 99 35	
<u>Übernachtung:</u>	Hotel Sanddorn , Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde, Tel. 0381 54 399 0, Fax 03 81 54 388 34, reception@kurhotel-sanddorn.de	
<u>Kursleiter:</u>	MR Dr. med. Regina Schwanitz oder Dr. med. Henrik Ewert	
<u>Kursgebühr:</u>		
Mitglieder:	95,00 €	
Nichtmitglieder:	120,00 €	

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Zum Fallseminar sollte jeder Teilnehmer drei „Papierfälle“ zur Vorstellung und Diskussion bringen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit herzlichen Grüßen

MR Dr. med. Regina Schwanitz
Kursleiterin

Dr. med. Henrik Ewert
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 senden Sie bitte per E-Mail an info@dghan.de,
per Fax 036651/55074 oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
Akupunktur-Fallseminar – 24.11.2024
Kennwort: AP-FS-Warnemünde

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Fallseminar an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Kursgebühr:

Mitglieder 95,00 €
Nichtmitglieder 120,00 €

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