



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Mitglied im ICMART – International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques,
im ECPM – European Council of Doctors for Plurality in Medicine
und in der HUFELANDGESELLSCHAFT FÜR GESAMTMEDIZIN 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-Prüfungsvorbereitungskurs

Kurstermin: AP-PVK 14.03.2025 / 09:00 – 17:00 Uhr

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

Kursleiter: Dr. med. Henrik Ewert

Kursgebühr: Mitglieder: 190,00 €
Nichtmitglieder: 240,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular per E-Mail oder Fax an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gern per E-Mail an info@dgfan.de oder unter Telefon 036651/55075.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben mit herzlichen Grüßen

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-Prüfungsvorbereitungskurs 14.03.2025
Kennwort: AP-PVK-Warnemünde

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Prüfungsvorbereitungskurs an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Kursgebühr:

Mitglieder 190,00 €
Nichtmitglieder 240,00 €

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

** genauer Betrag wird später bekannt gegeben