



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-01 und -Fallseminar

Kurstermin/ AP-PK-01 3./4. März 2017, 10.00-19.00 Uhr / 09.00-14.30 Uhr
Kurszeiten: AP-FS 4. März 2017, 15.00-19.00 Uhr

Kursort: *Wohnstätte Schildberger Weg, Behindertenwohnheim
Schildberger Weg 10
04357 Leipzig/Mockau*

Kursleiterin: Dr. med. Anja Eckert

<u>Kursgebühr:</u> AP-PK-01	260,00 €	AP-FS	80,00 €
Aufschlag für Nichtmitglieder	90,00 €		30,00 €

Mindestteilnehmerzahl: 12

Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn die Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen ab 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular per Post oder Fax an die DGfAN-Geschäftsstelle und überweisen Sie die Kursgebühr unter Angabe des Kurscodes auf das angegebene Konto. Ihre Anmeldung ist verbindlich nach Eingang der Rückmeldung und der Kursgebühren. Auf Wunsch erhalten Sie eine Bestätigung per Fax oder E-Mail. **Jeder Teilnehmer sollte drei Fälle zur Vorstellung und Diskussion mitbringen.**

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon (03 66 51) 5 50 75, E-Mail: DGfAN@t-online.de.

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

Dr. med. Anja Eckert
Kursleiterin

Anlage: Rückmeldeformular

Fax-Antwort 036651/55074
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
(gilt als Rechnung*)
Akupunktur-Praktikum-01 – 03./04.03.2017**
Akupunktur-Fallseminar – 04.03.2017**
Kennwort: AP-PK-01-FS-Leipzig

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

Name: Vorname:
PLZ Wohnort: Straße:
Tel. Fax:
E-Mail

Überweisung an	<u>Kursgebühr:</u>	
DGfAN	AP-PK-01	260,00 €
IBAN: DE07 8304 0000 0271 2933 00	Aufschlag für Nichtmitglieder	90,00 €
BIC: COBADEFFXXX	AP-FS	80,00 €
	Aufschlag für Nichtmitglieder	30,00 €

erfolgte am in Höhe von €

Mitglied DGfAN: ja**/nein** Arzt/ Zahnarzt/ Tierarzt**

Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang der Kursgebühren!

Auf Wunsch bestätigen wir die verbindliche Anmeldung per Fax oder E-Mail.

....., den
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Diese Rechnung gilt als Steuervorlage, das Original bitte zur Vorlage beim Finanzamt aufheben.
Steuer-Nr.: 161/141/24250

** Nichtzutreffendes bitte streichen