



# 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-Grundkurs-Komplex-C**

**Kurstermin/** 27. bis 29. April 2018

**Kurszeiten:** Jeweils von 09.00 – 17.30 Uhr

**Kursort:** Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH  
Verwaltungsgebäude, Heiligenangerstraße 6, 31812 Bad Pyrmont

**Kursleiterin:** MR Dr. med. Regina Schwanitz

**Kursgebühr:** **480,00 €**

**Aufschlag für Nichtmitglieder** **180,00 €**

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 E-Mail. Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon (03 81) 5 43 99 35, E-Mail: [Reginaschwanitz@aol.com](mailto:Reginaschwanitz@aol.com) oder Telefon (03 66 51) 5 50 75, E-Mail: [DGfAN@t-online.de](mailto:DGfAN@t-online.de).

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben  
mit herzlichen Grüßen

Ihre

MR Dr. med. Regina Schwanitz  
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-Grundkurs-Komplex-C – 27.-29.04.2018**  
**Kennwort: AP-GK-KC-Bad Pyrmont**

**Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Grundkurs-Komplex-C an:**

Name: ..... Vorname: .....

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

Tel. .... Fax: .....

Überweisung an: ..... E-Mail .....

DGfAN

IBAN: DE07 8304 0000 0271 2933 00

BIC: COBADEFFXXX

**Kursgebühr:** 480,00 €

Aufschlag für Nichtmitglieder 180,00 €

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 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