



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 B

Kurstermin/ 19. bis 21. Oktober 2018

Kurszeiten: Jeweils von 09.00 bis 17.00 Uhr

Kursort: Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Isaac-Fulda-Allee 14,
55124 Mainz, Tel. 06131/326326, E-Mail: service@kv-rlp.de

Kursleiter: Dr. med. Silvia Maurer, Dr. med. Siddhartha Popat M. A.

Kursgebühr: 480,00 €

Aufschlag für Nichtmitglieder 180,00 €

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 E-Mail. Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon 036651/55075 oder über E-Mail:

DGfAN@t-online.de.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Silvia Maurer
Dr. med. Siddhartha Popat M. A.
Kursleiter

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 B – 19.-21.10.2018
Kennwort: AP-GK-KB-Mainz

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

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:.....

Tel. Fax: E-Mail:.....

Überweisung an
DGfAN
Commerzbank Bad Lobenstein
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