



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-03 und - Fallseminar

Kurstermin/ AP-PK-03, 14. September 2018, 09.00-13.00 Uhr/

Kurszeiten: 15. September 2018, 09.00-18.00 Uhr

AP-FS, 14. September 2018, 13.30-17.00 Uhr

Kursort: Hotel Sanddorn, Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde
Tel. (03 81) 5 43 99 35

Übernachtung: Ist im Hotel möglich, Buchung unter Tel. (03 81) 54 39 90,
Fax (03 81) 5 43 88 34, E-Mail: reception@kurhotel-sanddorn.de,
Sonderpreise unter dem Code „Akupunkturkurs“

Kursleiterin: MR Dr. med. Regina Schwanitz

<u>Kursgebühr:</u> AP-PK-03	260,00 €	AP-FS	80,00 €
Aufschlag für Nichtmitglieder	100,00 €		30,00 €

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. **Jeder Teilnehmer sollte drei „Papierfälle“ zur Vorstellung und Diskussion mitbringen.**

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon (03 81) 5 43 99 35, E-Mail: Reginaschwanitz@aol.com oder Telefon (03 66 51) 5 50 75, E-Mail: 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 (Geschäftsstelle) 036651/55074
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
(gilt als Rechnung*)
Akupunktur-Fallseminar und Praktikum-03 – 14./15.09.2018
Kennwort: AP-FS-PK-03-Warnemünde

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

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. Fax:

Überweisung an: E-Mail

DGfAN

Commerzbank Bad Lobenstein

IBAN: DE07 8304 0000 0271 2933 00

BIC: COBADEFFXXX

Kursgebühr: AP-PK-03	260,00 €
Aufschlag f. Nichtmitglieder	100,00 €
AP-FS	80,00 €
Aufschlag f. 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 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