



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-Prüfungsvorbereitungskurs zur Zusatzbezeichnung

Kurstermin/ 23. November 2019

Kurszeiten: 09.00 bis 17.00 Uhr

Kursort: Privatpraxis für Ganzheitsmedizin, Dr. med. Anja Eckert, Turnerstraße 1,
09337 Hohenstein-Ernstthal, Tel. 03723/665963, www.praxis-dr-eckert.de

Kursleiterin: Dr. med. Anja Eckert

Kursgebühr: 160,00 €
Aufschlag für Nichtmitglieder 60,00 €

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 036651/55075 oder über E-Mail: DGfAN@t-online.de.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Anja Eckert
Kursleiterin

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!

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

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
(gilt als Rechnung*)
Akupunktur-Prüfungsvorbereitungskurs
zur Zusatzbezeichnung
AP-PVK – 23.11.2019
Kennwort: AP-PVK-Hohenstein-Ernstthal

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Prüfungsvorbereitungskurs an:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. Fax: E-Mail:

Überweisung an	<u>Kursgebühr:</u>	160,00 €
DGfAN	Aufschlag für Nichtmitglieder	60,00 €
Dt. Apotheker- und Ärztebank		
IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33		
BIC: DAAEDEDXXX		

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