



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Akupunktur-Grundkurs-Komplex C** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Kurstermin: 15. bis 17. November 2019

Kurszeiten: Jeweils von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Kursort: Privatpraxis für Ganzheitsmedizin, Dr. med. Susanne Kreft, Baleckestraße 3,
18055 Rostock, Tel. 0381/4923619, E-Mail: kreft@dgfan.de,
www.susannekreft.de

Kursleiterin: Dr. med. Susanne Kreft

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

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

Dr. med. Susanne Kreft
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-Grundkurs-Komplex C – 15. bis 17. November 2019

Kennwort: AP-GK-KC-Rostock

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Akupunktur-Grundkurs an:

Name: Vorname:.....

PLZ Wohnort: Straße:.....

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

Überweisung an DGfAN Dt. Apotheker- und Ärztebank IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33 BIC: DAAEDEDXXX	<u>Kursgebühr:</u> 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