



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Akupunktur-Praktikum-04** und **-Fallseminar** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zu den Kursen.

**Kurstermin/** AP-PK-04, 25./26. Mai 2019, 09.00 – 18.00 Uhr/09.00 – 13.00 Uhr

**Kurszeiten:** AP-FS, 26. Mai 2019, 13.30 - 17.00 Uhr

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

**Kursleiterin:** Dr. med. Susanne Kreft

<b>Kursgebühr:</b>	<b>AP-PK-04</b>	260,00 €	<b>AP-FS</b>	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 Fälle zur Vorstellung und Diskussion bringen.**

Weitere Fragen beantworten wir gerne unter Telefon 036651/55075 oder über E-Mail: [DGfAN@t-online.de](mailto: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-Praktikum-04 und -Fallseminar – 25./26.05.2019**

**AP-PK-04 – 25./26.05.2019\*\***

**AP-FS – 26.05.2019\*\***

**Kennwort: AP-PK-04-FS-Rostock**

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Akupunktur-Praktikum und -Fallseminar 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

<b>Kursgebühr:</b>	<b>AP-PK-04</b>	260,00 €
--------------------	-----------------	----------

Aufschlag für Nichtmitglieder		100,00 €
-------------------------------	--	----------

	<b>AP-FS</b>	80,00 €
--	--------------	---------

Aufschlag für 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