



# 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/  
Kurszeiten:**

26. bis 28. Februar 2021  
Jeweils von 09.00 – 17.00 Uhr

**Kursort:**

Hotel Sanddorn, Praxis MR Dr. med. Regina Schwanitz, Strandweg 12,  
18119 Rostock-Warnemünde, Tel. (03 81) 5 43 99 35

**Übernachtung:**

Hotel Sanddorn, Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde  
Tel. (03 81) 54 39 90, Fax (03 81) 5 43 88 34  
E-Mail: [rezeption@kurhotel-sanddorn.de](mailto:rezeption@kurhotel-sanddorn.de),  
Reservierung unter dem Stichwort: „Akupunkturkurs“

**Kursleiterin:**

MR Dr. med. Regina Schwanitz

**Kursgebühr:**

480,00 €

Nichtmitglieder 660,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben  
mit herzlichen Grüßen

Ihre

MR Dr. med. Regina Schwanitz  
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!

Ihre Antwort senden Sie bitte per E-Mail an [info@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de), per Fax 036651/55074, oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b  
07356 Bad Lobenstein

**ANMELDUNG**  
**Akupunktur-Grundkurs-Komplex B**  
**AP-GK-KB – 26.02.-28.02.2021**  
**Kennwort: AP-GK-KB-Warnemünde**

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Grundkurs an:

Titel: .....

Name: ..... Vorname: .....

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

Tel. .... Fax: .....

E-Mail: .....

**Kursgebühr:** 480,00 €  
Nichtmitglieder 660,00 €

**Überweisung nach Erhalt der Rechnung an:**

DGfAN  
Dt. Apotheker- und Ärztebank  
IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33  
BIC: DAAEDEDXXX

Mitglied DGfAN\*: ja/nein

Arzt/Zahnarzt/Tierarzt\*

Sie erhalten vor Kursbeginn das Kursskript als PDF-Datei. Sie können sich Ihre Kursunterlagen ausdrucken und zum Kurs mitbringen und/oder die Datei auf Ihren PC laden. Auf Wunsch können Sie auch ein gedrucktes Skript für 20,00 € käuflich erwerben.

**Ich möchte ein gedrucktes Skript kaufen**

....., den .....  
Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

**Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!**

\* Nichtzutreffendes bitte streichen