



# 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-01 und -Fallseminar**

### **Kurstermin**

10. bis 11. Dezember 2021

### **Kurszeiten:**

**AP-FS** Fr. 08.30 bis 12.00 Uhr

**AP-PK-01** Fr. 13.00 bis 19.00 Uhr, Sa. 08.30 - 17.00 Uhr

### **Kursort:**

Praxis Dipl.-Med. Paul Grabowski, Schillerstraße 39, 01326 Dresden

### **Kursleiterin:**

Dipl.-Med. Paul Grabowski

### **Kursgebühr:**

Mitglieder

**AP-FS**  
80,00 €

**AP-PK-02**  
260,00 €

Nichtmitglieder

110,00 €

360,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Weitere Fragen zur **flexiblen Auswahl der Reihenfolge der Praktika 2 bis 4** beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon 036651/55075 oder über E-Mail: [info@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de).

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

Dipl.-Med. Paul Grabowski  
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-Fallseminar-Praktikum-01**  
**AP-FS – 10.12.2021**  
**AP-PK-02 – 10./11.12.2021**  
Kennwort: AP-FS-PK-01-Dresden

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Praktikumskurs- und/oder Fallseminar an:

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße:.....

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

E-Mail: .....

<b>Kursgebühr:</b>	<b>Praktikum:</b>	<b>Fallseminar:</b>
Mitglieder:	260,00 €	80,00 €
Nichtmitglieder:	360,00 €	110,00 €

**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\*

....., den .....

.....

Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

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

\* Nichtzutreffendes bitte streichen