



# 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 C**

<b><u>Kurstermin/</u></b>	07. bis 09. Juni 2023
<b><u>Kurszeiten:</u></b>	Jeweils von 09.00 – 17.00 Uhr
<b><u>Kursort:</u></b>	Hotel Neptun, Seestraße 19, 18119 Ostseebad Warnemünde, Tel. 0381-777 0, E-Mail: <a href="mailto:info@hotel-neptun.de">info@hotel-neptun.de</a>
<b><u>Kursleiterin:</u></b>	Dr. med. Wolfgang Schmidl und Dr. med. Reinhart Wagner
<b><u>Kursgebühr:</u></b>	570,00 € + 81,00 € TP
Nichtmitglieder	720,00 € + 81,00 € TP

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

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

Wir wünschen Ihnen eine gute Zeit. Bis dahin!  
Mit herzlichen Grüßen

Dr. med. Wolfgang Schmidl und Dr. med. Reinhart Wagner  
Kursleiter

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 C**  
**AP-GK-KC –07.-09.06.2023**  
**Kennwort: AP-GK-KC-Warnemünde**

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Grundkurs an:

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße:.....

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

E-Mail: .....

**Kursgebühr:** 651,00 € (570,00 € + 81,00 € TP)  
Nichtmitglieder 801,00 € (720,00 € + 81,00 € TP)

**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