



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Akupunktur-Masterkurs 23:**

Akupunktur und Manuelle Medizin nach Dr. Perschke

einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Der Kurs ist in unsere XXII. Warnemünder Woche eingebunden. Zusätzlich finden weitere Neuraltherapie- und Akupunkturkurse, sowie Spezialseminare statt.

<u>Kurstermin:</u>	Mittwoch, 29.05.2024
<u>Kurszeiten:</u>	09.00 bis ca. 17.30 Uhr
<u>Veranstaltungsort:</u>	Hotel Neptun, Seestraße 19, 18119 Rostock-Warnemünde, Tel.: 0381/7770, E-Mail: info@hotel-neptun.de
<u>Kursleiter:</u>	Dipl.-Med. Paul Grabowski
<u>Kursgebühr:</u>	
Mitglieder:	190,00 € + 33,00 € TP
Nichtmitglieder:	240,00 € + 33,00 € TP

Die Tagespauschale (TP) wird neben den Kursgebühren gesondert ausgewiesen. Sie entsteht verbindlich mit der Buchung des Kurses und ist je nach Kursort unterschiedlich hoch. Der Kurspreis ergibt sich aus der Kursgebühr und der Tagespauschale.

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Ich wünsche Ihnen eine gute Anreise und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Dipl.-Med. Paul Grabowski
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,
per Fax 036651/55074 oder per Post an:**

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

Akupunktur-Masterkurs:

Akupunktur und Manuelle Medizin nach Dr. Perschke – 29.05.2024

Kennwort: AP-MK-23-Warnemünde

Hiermit melde ich mich verbindlich Spezialseminar an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. Fax:

E-Mail:

Kursgebühr:

Mitglieder: 223,00 € (190,00 € + 33,00 €)

Nichtmitglieder: 273,00 € (240,00 € + 33,00 €)

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.

....., den

.....
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen