



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Spezialseminar-02:**

Pathophysognomie nach Ferronat

einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Kurstermin: Freitag, 31.05.2024

Kurszeiten: 09.00 bis 17.00 Uhr

Veranstaltungsort: Hotel Neptun, Seestraße 19, 18119 Rostock-Warnemünde,
Tel.: 0381/7770, Fax: 0381/777402

E-Mail: info@hotel-neptun.de, www.hotel-neptun.de

Kursleiter: MR Dr. med. Rainer Wander

Kursgebühr:

Mitglieder: 250,00 € + 33,00 € TP

Nichtmitglieder: 300,00 € + 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.

Das Spezialseminar ist eingebunden in die

XXII. Warnemünder Woche der DGfAN

Außerdem finden Akupunkturkurse, Neuraltherapiekurse und weitere Spezialseminare statt. Das gesamte Programm können Sie über die DGfAN-Geschäftsstelle anfordern oder über www.dgfan.de einsehen.

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular per E-Mail oder Fax an die DGfAN-Geschäftsstelle.

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

Spezialseminar:

Pathophysognomie nach Ferronat – 31. Mai 2024

Kennwort: SPS-02-Warnemünde

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Spezialseminar an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Kursgebühr:

Mitglieder: 283,00 € (250,00 € + 33,00 €)

Nichtmitglieder: 333,00 € (300,00 € + 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*

....., den

.....
Unterschrift / Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen