



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Akupunktur-Grundkurs-Komplex E** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

**Kurstermin:**

Fr., 6. bis So., 8. September 2024

**Kurszeiten:**

jeweils von 09.00 bis 17.00 Uhr, So. bis ca. 15.00 Uhr

**Veranstaltungsort:**

Hotel NEPTUN Betriebsgesellschaft mbH, Seestraße 19,  
18119 Rostock-Warnemünde

**Kursleiter:**

Dr. med. Henrik Ewert

**Kursgebühr:**

Mitglieder: 570,00 € + 99,00 € TP

Nichtmitglieder: 720,00 € + 99,00 € TP

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

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gern per E-Mail an [info@dghan.de](mailto:info@dghan.de) oder unter Telefon 036651/55075.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Henrik Ewert  
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 E**  
**6. bis 8. September 2024**  
**Kennwort: AP-GK-KE-Warnemünde**

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Akupunktur-Grundkurs an:

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

E-Mail: .....

**Kursgebühr:**

Mitglieder: 669,00 € (570,00 € + 99,00 € TP)

Nichtmitglieder: 819,00 € (720,00 € + 99,00 € 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.

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

.....  
Unterschrift / Stempel

**Haftungsausschluss:**

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

\* Nichtzutreffendes bitte streichen