



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 B**.

<u>Kurstermin/</u>	1. bis 3. März 2024
<u>Kurszeiten:</u>	Jeweils von 09.00 – 17.00 Uhr
<u>Kursort:</u>	Seaside Park Hotel, Richard-Wagner-Straße 7, 04109 Leipzig, Tel. 0341/98520, E-Mail: info@parkhotelleipzig.de
<u>Kursleiterin:</u>	Dr. med. Anja Eckert
<u>Kursgebühr:</u>	570,00 € + 96,00 € TP
Nichtmitglieder	720,00 € + 96,00 € 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.

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@drgan.de.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Anja Eckert
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@dghan.de,
per Fax 036651/55074 oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
Akupunktur-Grundkurs-Komplex B
AP-GK-KB – 1. - 3. März 2024
Kennwort: AP-GK-KB-Leipzig

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Grundkurs an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. Fax:

E-Mail:

Kursgebühr: 666,00 €
Nichtmitglieder 816,00 €

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