DGfAN
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Mitglied im ICMART – International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques,
im ECPM – European Council of Doctors for Plurality in Medicine
und in der HUFELANDGESELLSCHAFT FÜR GESAMTMEDIZIN 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

AP-MK/NT-MK-18 – Akupunktur-/Neuraltherapie-Masterkurs – Anatomie

Die Akupunktur- und Neuraltherapie-Masterkurse sind in unsere **XXIV. Warnemünder Woche** eingebunden. Zusätzlich finden weitere Akupunkturkurse, Neuraltherapie-Grund- und Masterkurse und Spezialseminare statt. Das gesamte Programm sehen Sie auf unserer Website www.dgfan.de.

Kurstermine: 23.05.2026

Kurszeiten: Samstag 09.00 bis 17.00 Uhr

Kursort: Universität Rostock, Institut für Anatomie,
Gertrudenstraße 9, 18057 Rostock

Kursleiter: Dr. med. Udo Franke, Prof. Dr. med. Andreas Wree

Kursgebühr:

Mitglieder	250,00 €
Nichtmitglieder	300,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit freundlichen Grüßen
Ihr

Dr. med. Udo Franke, Prof. Dr. med. Andreas Wree
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. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der DGfAN.

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/ Neuraltherapie-Masterkurs „Anatomie“
AP-MK / NT-MK-18 - 23.05.2026
Kennwort: AP-MK/NT-MK-18-Warnemünde

Hiermit melde ich mich verbindlich zum o.g. Akupunktur/Neuraltherapie-Masterkurs an:

Titel: ……..

Name: …….. Vorname:…….....

PLZ Wohnort: ……... Straße:…….

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

E-Mail: …….....

Kursgebühr:
Mitglieder 250,00 €
Nichtmitglieder 300,00 €

Überweisung nach Erhalt der Rechnung an:
DGfAN
Dt. Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33
BIC: DAAEDEDDXXX

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