



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-Prüfungsvorbereitungskurs

Kurstermin: AP-PVK 28.02.2026 / 09:00 – 17:00 Uhr

**Kursort:** Hotel Sanddorn, **Praxis MR Dr. med. Regina Schwanitz**, Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde, Tel. (03 81) 5 43 99 35

Kursleiter: Dr. med. Henrik Ewert

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@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de) oder unter Telefon 036651/55075.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben mit herzlichen Grüßen.

Dr. med. Henrik Ewert  
Kursleiter

## Anlage: Rückmeldeformular

**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-Prüfungsvorbereitungskurs 28.02.2026**  
**Kennwort: AP-PVK-Warnemünde**

**Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Prüfungsvorbereitungskurs an:**

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

Tel. ..... E-Mail: .....

**Kursgebühr:**

Mitglieder	190,00 €
Nichtmitglieder	240,00 €

**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

\*\* genauer Betrag wird später bekannt gegeben