



# 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

## 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

**Kursgebühr:** Mitglieder: 190,00 €  
Nichtmitglieder: 240,00 €

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

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](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