



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-Fallseminar**

**Kurstermin:** AP-FS 15.11.2026 / 08:00 – 12:00 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: 95,00 €  
Nichtmitglieder: 120,00 €

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

***Zum Fallseminar sollte jeder Teilnehmer drei „Papierfälle“ zur Vorstellung und Diskussion bringen.***

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-Fallseminar – 15.11.2026  
Kennwort: AP-FS-Warnemünde**

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

**Titel:** .....

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

**PLZ Wohnort:** ..... **Straße:** .....

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

**Kursgebühr:**

Mitglieder	95,00 €
Nichtmitglieder	120,00 €

**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\*

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

Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

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

\* Nichtzutreffendes bitte streichen

\*\* genauer Betrag wird später bekannt gegeben