



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-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 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,
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: 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