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-Grundkurs-Komplex B

Kurstermin/ 07. bis 09. Oktober 2027

Kurszeiten: Jeweils von 09.00 – 17.00 Uhr

Kursort: **Praxis Dr. med. Jos Göhler**
Carmerstraße 2, 10623 Berlin

Kursleiter: Dr. med. Jos Göhler

Kursgebühr: 570,00 €
Nichtmitglieder 720,00 €

Die Tagespauschale (TP) wird neben den Kursgebühren gesondert ausgewiesen. Sie entsteht verbindlich mit der Buchung des Kurses und ist je nach Kursort unterschiedlich hoch. Der Kurspreis ergibt sich aus der Kursgebühr und der Tagespauschale.

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Weitere Fragen zur **flexiblen Auswahl der Reihenfolge der Kurse B bis E** beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon 036651/55075 oder über E-Mail: info@dgfan.de.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Jos Göhler
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-Grundkurs-Komplex B
AP-GK-KB – 07.- 09.10.2027
Kennwort: AP-GK-KB-Berlin

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Grundkurs an:

Titel: …….

Name: ……. Vorname: …….....

PLZ Wohnort: ……. Straße:…….....

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

E-Mail: …….....

Kursgebühr: 570,00 €
Nichtmitglieder 720,00 €

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
** genauer Betrag wird später bekannt gegeben