



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,

hiermit möchten wir Sie zum **Akupunktur-Grundkurs-Komplex D** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Kurstermin: 03. bis 05. September 2027

Kurszeiten: Freitag und Samstag von 09.00 bis 17.00 Uhr
Sonntag von 09.00 bis ca. 15.00 Uhr

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

Übernachtung: Hotel Sanddorn, Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde
Tel. (03 81) 5 43 99 35, E-Mail: reception@kurhotel-sanddorn.de,
Sonderpreise unter dem Code „Akupunkturkurs“

Kursleiter: Dr. med. Henrik Ewert

Kursgebühr: Mitglieder: 570,00 €
Nichtmitglieder: 720,00 €

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 oder unter Telefon 036651/55075.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit freundlichen 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-Grundkurs-Komplex D
03. – 05. September 2027
Kennwort: AP-GK-KD-Warnemünde

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Akupunktur-Grundkurs an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. Fax:

E-Mail:

Kursgebühr:

Mitglieder: 570,00 €

Nichtmitglieder: 720,00 €

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*

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