

ANMELDUNG ZUM KAPSEL-RINGVERSUCH 2020

für Pharmazeuten im Praktikum

DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER (ZL) ZUR QUALITÄTSSICHERUNG VON IN DER APOTHEKE HERGESTELLTEN REZEPTUREN

Landesapothekerkammer Hessen
Kuhwaldstraße 46
60486 Frankfurt
Tel.: 069 979509-0
Fax: 069 979509-22



Gewünschter Termin (bitte ankreuzen, nur ein Termin möglich):

Termine 2020	Anmeldeschluss*
<input type="checkbox"/> Februar: Hydrochlorothiazid 2 mg	01.02.2020
<input type="checkbox"/> Juni: Propranolol 5 mg	01.06.2020
<input type="checkbox"/> September: Spironolacton 12,5 mg	01.09.2020

(Prüfkriterien: Wirkstoffidentität, -gehalt und Gleichförmigkeit des Gehaltes)

***Verspätet eingehende Anmeldungen werden nicht berücksichtigt!**

Name der Apotheke
Apothekenleiter/in
Straße
PLZ, Ort
Telefon
Fax
E-Mail
Name des Pharmazeuten im Praktikum

Basierend auf den Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung sind wir dazu angehalten, Ihre Einwilligung für Ihre personenbezogenen Daten einzuholen. Die Einwilligung zur Speicherung, Verarbeitung, Nutzung und die Weitergabe Ihrer Daten (Name, Anschrift, Telefon, Fax, Name der Apotheke, E-Mail) an das Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker erfolgt ausschließlich für diesen Zweck.

Sie sind gemäß Artikel 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Landesapothekerkammer Hessen (LAK Hessen) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Zudem können Sie jederzeit gegenüber der LAK Hessen die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben angegebenen Personenbezogenen Daten für den genannten Zweck verwendet werden.

Hinweis: Die Anmeldung zum Kapsel-Ringversuch ist verbindlich. Die Herstellung und Einsendung der Kapseln muss jeweils in der ersten Hälfte des genannten Prüfmonats erfolgen. Die Ergebnismitteilung erfolgt nach ca. 2-3 Monaten an die Apotheke; der Pharmazeut im Praktikum hat sich dort selbstständig nach den Ergebnissen zu erkundigen, sofern er zum Zeitpunkt der Mitteilung nicht mehr in seiner Praktikumsapotheke tätig ist.

Apothekenstempel	Datum, Unterschrift Apothekenleiter
	Unterschrift Pharmazeut im Praktikum

Anmeldung ausschließlich über Faxnummer: 069 979509-22

Teilnahmebedingungen: Der Pharmazeut im Praktikum muss in einer hessischen, öffentlichen Apotheke tätig und freiwilliges Mitglied der Landesapothekerkammer Hessen sein. Während des praktischen Jahres ist die Teilnahme an einem Kapsel-Ringversuch möglich.