

ANMELDUNG ZUM KAPSEL-RINGVERSUCH 2023

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

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER GmbH
CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN
Online-Anmeldung: www.zentrallabor.com
Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke verbindlich zur Herstellung von Kapseln in pädiatrischen Dosierungen an.

- Untersuchung „Wirkstoffgehalt“** (Prüfung eines **Mischmusters** aus 10 Kapseln hinsichtlich der Identität und des Wirkstoffgehalts des Mischmusters)

ODER

- Untersuchung „Wirkstoffverteilung“** (Prüfung der Wirkstoffidentität, des Wirkstoffgehaltes und der Gleichförmigkeit des Gehaltes (AV-Wert gemäß Ph. Eur. 2.9.40))

Gewünschte/r Terminmetermin/e (bitte ankreuzen):

Termine und Wirkstoffe 2023	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> Februar 2023 Spironolacton 5 mg	15.02.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> März 2023 Amlodipin 2 mg	15.03.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> April 2023 Baclofen 1 mg	15.04.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Mai 2023 Acetylsalicylsäure 20 mg	15.05.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Juni 2023 Metoprololtartrat 10 mg	15.06.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Juli 2023 Nitrofurantoin 10 mg	15.07.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> August 2023 Finasterid 1 mg	15.08.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> September 2023 Hydrochlorothiazid 4 mg	15.09.2022	<input type="checkbox"/> ja

*Als Abonnent nehmen Sie bis auf Widerruf regelmäßig in dem von Ihnen gewünschten Zeitraum am entsprechenden Ringversuch jedes Jahr teil.

Teilnahmegebühr:

Die Kosten betragen für die Untersuchung „**Wirkstoffgehalt**“ **150,- Euro zzgl. USt.**, für die Untersuchung „**Wirkstoffverteilung**“ **250,- Euro zzgl. USt.**

Die Anmeldung zum Kapsel-Ringversuch ist verbindlich. Änderungen/Kündigungen sind fristgerecht in schriftlicher Form einzureichen.

Sollte die Teilnehmerzahl bei Anmeldeschluss unter 50 Apotheken liegen, so behalten wir uns vor, den Ringversuch abzusagen.

Gemäß den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (Art. 6 DS-GVO) sind wir dazu aufgerufen, Ihre Einwilligung für die Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten (Name der Apotheke, Anschrift, Name des Apothekenleiters, Telefon, Fax, E-Mail) durch die ZL GmbH sowie deren Weitergabe an den Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker e.V. (ZL e.V.) einzuholen. Auf Anfrage der zuständigen Apothekerkammer können dieser die personenbezogenen Daten der an dem Ringversuch teilnehmenden Apotheke mitgeteilt werden.

Gegenüber der ZL GmbH sind Sie gemäß Art. 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten und deren Korrektur, Löschung oder Sperrung einzufordern. Des Weiteren ist der Widerruf Ihrer Einwilligung für die weitere zukünftige Nutzung Ihrer Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.zlgmbh.com.

Ihre Unterschrift beinhaltet die Einwilligung zur Verwendung der genannten personenbezogenen Daten.

Bitte gut leserlich in Druckschrift ausfüllen.

Name der Apotheke

Kundennummer (sofern vorhanden)

Apothekenleiter/in

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Apothekerkammer

Apothekenstempel

Datum, Unterschrift

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden.

- Wir wünschen den Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen und ZL-News) des Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker e.V. Sie können die Newsletter-Einstellung für Ihre Apotheke jederzeit widerrufen oder über Ihren Online-Benutzeraccount ändern.