

# ANMELDUNG ZUM HYGIENEMONITORING 2023

DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER GmbH (ZL) ZUR  
MIKROBIOLOGISCHEN QUALITÄTSSICHERUNG IN APOTHEKEN

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



Hiermit melde ich meine Apotheke verbindlich zum Umgebungsmonitoring/zur Überprüfung meines Hygienemanagementsystems an, für das/den:

- Rezepturlabor** (Prüfung von Personal- und Raumhygiene durch Oberflächenabklatschtests an Hand, Kittel, Arbeitsfläche, Arbeitsgeräten und Regal/Wand)
- Blisterraum** (Prüfung von Personal- und Raumhygiene durch Oberflächenabklatschtests an Hand, Kittel, Arbeitsfläche/Entblisterung, Blisterautomat/Tray, und Regal/Medikamentenlager)

Gewünschte/r Teilnahmetermine/e (bitte ankreuzen):

Termine 2023	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> Februar	15.01.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> März	15.02.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> April	15.03.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Mai	15.04.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Juni	15.05.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> September	15.08.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Oktober	15.09.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> November	15.10.2023	<input type="checkbox"/> ja

- Optionale Überprüfung der Raumluf**t (nur in Verbindung mit dem Hygienemonitoring)

Anzahl der gewünschten Sedimentationsplatten: \_\_\_\_\_

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

## Teilnahmegebühr:

Die Kosten für die mikrobiologische Untersuchung betragen **200,- Euro zzgl. USt.**, die Luftkeimsammlung mittels Sedimentationsplatten sowie die Untersuchung zusätzlicher Abklatschplatten weiterer Probenahmestellen betragen 17,50 Euro zzgl. USt. pro Platte.

**Zusätzlich** werden 1 x pro Teilnahme am Ringversuch **Frachtkosten** in Rechnung gestellt. Der Preis wird tagesaktuell festgesetzt und liegt derzeit bei **30,- Euro zzgl. USt.**

Die Anmeldung zum Hygienemonitoring ist verbindlich. Änderungen/Kündigungen sind fristgerecht in schriftlicher Form einzureichen. Stornierungen werden bis zum Anmeldeschluss berücksichtigt, danach werden die erhaltenen Abklatschplatten, der Versand und eine Bearbeitungsgebühr in Rechnung gestellt. Bei Unterlassen der Rücksendung der Abklatschplatten, erfolgt die Rechnungsstellung in voller Höhe.

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](http://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.