

ANMELDUNG ZUR MIKROBIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG VON PHARMAZEUTISCH VERWENDETEM WASSER 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
 Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke verbindlich für die Untersuchung von in der Rezeptur verwendetem pharmazeutischem Wasser (z.B. Aqua purificata, Aqua ad iniectabile) an.

Gewünschte/r Teilnahmetermin/e (bitte ankreuzen):

Termine 2023	Probenahmetermin	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> 1. Quartal	Februar – März	01.02.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 2. Quartal	Mai – Juni	01.05.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 3. Quartal	August – September	01.08.2023	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 4. Quartal	November – Dezember	01.11.2023	<input type="checkbox"/> ja

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

Der genaue Einsendetermin wird Ihnen nach Eingang der Anmeldung mitgeteilt. Bei größeren Probenzahlen können auf Nachfrage individuelle Termine vereinbart werden.

Teilnahmegebühr:

Die Kosten für die mikrobiologische Untersuchung betragen **37,50 Euro zzgl. USt.** je eingesandter Probe.

Die Anmeldung zur Wasseruntersuchung ist verbindlich. Änderungen/Kündigungen sind fristgerecht in schriftlicher Form einzureichen.

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.