

**ANMELDUNG ZUM KAPSEL-RINGVERSUCH 2020**  
 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](http://www.zentrallabor.com)  
 Tel.: 06196/937-550, Fax: 06196/937-815



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

**Gewünschte/r Teilnahmetermin/e** (bitte ankreuzen):

| Termine und Wirkstoffe                  |                          | Anmeldeschluss | Abonnement*                 |
|---|--------------------------|----------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Februar 2020   | Hydrochlorothiazid 2 mg  | 01.02.2020     | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> März 2020      | Wafarin 0,5 mg           | 01.03.2020     | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> April 2020     | Melatonin 5 mg           | 01.04.2020     | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Mai 2020       | Acetylsalicylsäure 25 mg | 01.05.2020     | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Juni 2020      | Propranolol 5 mg         | 01.06.2020     | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Juli 2020      | Hydrocortison 1 mg       | 01.07.2020     | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> August 2020    | Metoprolol 5 mg          | 01.08.2020     | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> September 2020 | Spironolacton 12,5 mg    | 01.09.2020     | <input type="checkbox"/> ja |

\* Der Abschluss eines Abonnements ist mit einem Rabatt von 5 Prozent verbunden. Als Abonnent nehmen Sie bis auf Widerruf regelmäßig in dem von Ihnen gewünschten Zeitraum am entsprechenden Ringversuch jedes Jahr teil.

**Prüfkriterien** sind Wirkstoffidentität, -gehalt, Gleichförmigkeit des Gehaltes und korrekte Angabe des Wirkstoffs auf dem Etikett (Name und Menge).

**Teilnahmegebühr:**

Die Kosten für die Untersuchung betragen **150,- Euro zzgl. MwSt.**

Die Anmeldung zum Kapsel- Ringversuch ist verbindlich.

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

- 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.

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 kann dieser die Adresse 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.

Name der Apotheke \_\_\_\_\_

Apothekenleiter/in \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Apothekerkammer \_\_\_\_\_

Apothekenstempel \_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_