

ANMELDUNG ZUM KAPSEL-RINGVERSUCH 2019

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
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 2019 Captopril 3 mg	01.02.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> März 2019 Metoprolol 1 mg	01.03.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> April 2019 Nitrofurantoin 10 mg	01.04.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Mai 2019 Melatonin 3 mg	01.05.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Juni 2019 Acetylsalicylsäure 15	01.06.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Juli 2019 Phenprocoumon 1	01.07.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> August 2019 Sildenafil 10 mg	01.08.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> September 2019 Hydrocortison 3 mg	01.09.2019	<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 **135,- Euro zzgl. MwSt.**

Die Anmeldung zum Kapsel- Ringversuch ist verbindlich.

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. Zudem erfolgt eine Weitergabe von Name und Adresse der Apotheke an die zuständige Apothekerkammer.

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.

Name der Apotheke _____

Apothekenleiter/in _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Apothekerkammer _____

Apothekenstempel _____ **Datum, Unterschrift** _____

- 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.