

ANMELDUNG ZUM BLUT-RINGVERSUCH 2016

DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER (ZL) ZUR QUALITÄTSSICHERUNG VON BLUTUNTERSUCHUNGEN IN DER APOTHEKE

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER
 CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN
 Online-Anmeldung: www.zentrallabor.com
 Tel.: 06196/937-854 oder -848, Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke für folgenden Ringversuch an.

Gewünschte/r Teilnehmertermin/e (bitte ankreuzen):

Ringversuche 2016 (Teilnahmezeitraum)	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> 1. Ringversuch 2016 (Januar)	15.01.2016	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 2. Ringversuch 2016 (April)	15.03.2016	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 3. Ringversuch 2016 (Juli)	15.06.2016	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 4. Ringversuch 2016 (Oktober)	15.09.2016	<input type="checkbox"/> ja

Geben Sie bitte in der 1. Spalte der Tabelle das Messgerät und in der 2. Spalte den/die Parameter an, die Sie bestimmen möchten (Zum Beispiel „Accutrend Plus – Cholesterin“).

Genauere Bezeichnung des Messgerätes	Blutparameter (GLC, CHOL, HDL, TG, ALT, AST, GGT, Harnsäure, Crea, Hämoglobin, HbA1c, hsCRP/CRP, Mikroalbumin (Harn))

Teilnahmegebühren:

- Anmeldung eines Gerätes (Erstgerät) inkl. 1 Parameter **56,- Euro zzgl. MwSt.**
- Anmeldung eines weiteren Gerätes (Zweitgerät)** inkl. 1 Parameter **24,- Euro zzgl. MwSt.**
- Geräte zur Bestimmung von HbA1c, hsCRP/CRP oder Mikroalbumin (Harn) **78,- Euro zzgl. MwSt.**

**Folgende Geräte für Mehrfachbestimmungen können nicht als Zweitgerät angemeldet werden und werden ausschließlich mit 56,- Euro zzgl. MwSt. berechnet: Cholestech® LDX, CR 3000, Glucofast® duo, Reflotron®, Samsung LabGeo PT10, Vario-Photometer®, Wellion® Luna duo sowie die HemoCue® Hb und Glucose 201+ Geräte. Im Preis pro Gerät ist jeweils die Überprüfung eines Parameters enthalten. Jeder weitere Blutparameter wird bei Accutrend® GC und Plus mit 3,- Euro zzgl. MwSt., bei allen anderen mit 6,- Euro zzgl. MwSt. berechnet.

Die Anmeldung zum Blut-Ringversuch ist verbindlich.
 Auf Anfrage bin ich mit der Weitergabe meiner Adresse an die Apothekerkammer einverstanden.

* 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 des jeweiligen Jahres teil.

Name der Apotheke	
Apothekenleiter/in	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Apothekerkammer	
Apothekenstempel	Datum, Unterschrift

Wir wünschen keinen ZL-Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen).