

ANMELDUNG ZUM HYGIENEMONITORING 2016

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

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER
CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN
Online-Anmeldung: www.zentrallabor.com
Tel.: 06196/937-854 oder -857, Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke zum Umgebungsmonitoring im Rezepturlabor zur Überprüfung meines Hygienemanagementsystems an (Prüfung von Personal- und Raumhygiene durch Oberflächenabklatschtests an Händen, Kittel, Arbeitsfläche, Regal/Wand und Boden).

* 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 Hygienemonitoring des jeweiligen Jahres teil.

Gewünschte/r Teilnahmetermin/e (bitte ankreuzen):

| Hygienemonitoringtermine 2016 | Anmeldeschluss | Abonnement* |
|---|----------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Februar 2016 | 15.01.2016 | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> März 2016 | 15.02.2016 | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> April 2016 | 15.03.2016 | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Mai 2016 | 15.04.2016 | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> August 2016 | 15.07.2016 | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> September 2016 | 15.08.2016 | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Oktober 2016 | 15.09.2016 | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> November 2016 | 15.10.2016 | <input type="checkbox"/> ja |

Teilnahmegebühr:

Die Kosten für die mikrobiologischen Untersuchungen betragen **220,- Euro zzgl. MwSt.**

Nutzen Sie unseren **Kombi-Rabatt!** Als Teilnehmer an zwei weiteren Ringversuchen (Blut, Rezeptur oder Hygienemonitoring) im gleichen Jahr erhalten Sie 10 Prozent Rabatt auf das Hygienemonitoring und zahlen nur **198,- Euro zzgl. MwSt.**

Eine Kombination mehrerer Rabatte ist nicht möglich. Die Anmeldung zum Hygienemonitoring ist verbindlich. Auf Anfrage bin ich mit der Weitergabe meiner Adresse an die Apothekerkammer einverstanden.

| | |
|--------------------|---------------------|
| 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).