

# ANMELDUNG ZUM REZEPTUR-RINGVERSUCH 2016

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

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER  
 CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN  
 Online-Anmeldung: [www.zentrallabor.com](http://www.zentrallabor.com)  
 Tel.: 06196/937-850 oder -853, Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke für folgende/n Ringversuch/e an.  
 (Bitte alle gewünschten Optionen ankreuzen):

\* 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. Optionale Untersuchungen wie Mikrobiologie und Kennzeichnung werden nicht ins Abonnement übernommen.

Ringversuche 2016 (Teilnahmezeitraum)	Anmelde-schluss	Abonne-ment*
<input type="checkbox"/> 1. Ringversuch (Jan. – Juli) <b>Cremezubereitung mit Triclosan</b> (Identität, Gehalt, Wirkstoffverteilung, pH-Wert, gal. Beschaffenheit, Angabe von Wirkstoff nach Art und Menge auf dem Etikett) 118,- € zzgl. MwSt. <u>Optionale Untersuchungen im 1. Ringversuch:</u> <input type="checkbox"/> Überprüfung der mikrobiologischen Qualität: + 100,- Euro zzgl. MwSt. <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 25,- Euro zzgl. MwSt.	01.06.2016	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 2. Ringversuch (Apr. – Nov.) <b>Halbfeste Zubereitung mit Mometasonfuorat</b> (Identität, Gehalt, Wirkstoffverteilung, Partikelgröße, gal. Beschaffenheit, Angabe von Wirkstoff nach Art und Menge auf dem Etikett) 118,- € zzgl. MwSt. <u>Optionale Untersuchungen im 2. Ringversuch:</u> <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 25,- Euro zzgl. MwSt.	01.10.2016	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 3. Ringversuch (Aug. – Dez.) <b>Captopril-Kapseln</b> (Identität, Gehalt, Gleichförmigkeit des Gehalts, Gleichförmigkeit der Masse, Angabe von Wirkstoff nach Art und Menge auf dem Etikett) 118,- € zzgl. MwSt. <u>Optionale Untersuchungen im 3. Ringversuch:</u> <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 25,- Euro zzgl. MwSt.	01.11.2016	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> <b>Spezial-Ringversuch (ganzjährig) Stand. Augentropfen nach NRF</b> (Identität, Gehalt, Sterilität, Dichte, pH-Wert, Schwebstoffe, Osmolalität, Eignung des Packmittels, Angabe von Wirkstoff nach Art und Menge) 375,- € zzgl. MwSt. <u>Optionale Untersuchungen im Spezial-Ringversuch:</u> <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 25,- Euro zzgl. MwSt.	01.10.2016	<input type="checkbox"/> ja

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

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

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