

Änderung eines Abonnements für die ZL-Ringversuche

Für folgenden ZL-Ringversuche möchten wir für unsere Apotheke einen **Wechsel des Teilnahmezeitraumes** vornehmen: *(bitte ankreuzen und ausfüllen)*

Rezeptur-Ringversuch **Alter** Ringversuch: **Neuer** Ringversuch:

wählbar: 1.Rez-RV; 2. Rez-RV; 3.Rez-RV
(z.B.: **Alter** RV: 2.Rez-RV **Neuer** RV: 3.Rez-RV)

.....
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

ZL-Hygienemonitoring **Alter** Teilnahmezeitraum **Neuer** Teilnahmezeitraum

wählbar: monatlich Februar - Mai & August - November
(z.B.: **Alter** RV: Mai **Neuer** RV: Oktober)

.....
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

Mikrobiologische Wasseruntersuchung **Alter** Teilnahmezeitraum **Neuer** Teilnahmezeitraum

wählbar: monatlich Januar - Dezember
(z.B.: **Alter** RV: 1. Quartal **Neuer** RV: 3.Quartal)

.....
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

Blut-Ringversuch **Alter** Teilnahmezeitraum **Neuer** Teilnahmezeitraum

1. Blut-RV 2. Blut-RV
 3. Blut-RV 4. Blut-RV

(z.B.: **Alter** RV: 1.Blut-RV (1.Quartal)
Neuer RV: 3.Blut-RV (3.Quartal)

.....
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

Neuanmeldung Messgerät		Abmeldung Messgerät	
exakte Bezeichnung des neuen Gerätes	anzumeldende Parameter (folgende sind wählbar: GLC, CHOL, HDL, TG, AST, ALT, GGT, Harnsäure, Hb, HbA1c, CRP/hsCRP, Creatinin, Mikroalbumin)	exakte Bezeichnung des alten Gerätes	abzumeldende Parameter (GLC, CHOL, HDL, TG, AST, ALT, GGT, Harnsäure, Hb, HbA1c, CRP/hsCRP, Creatinin, Mikroalbumin)

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

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

Rückmeldungen bitte per Fax an: 06196/937-815