

ANMELDUNG ZUM HYGIENEMONITORING 2021

DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER GmbH (ZL) ZUR
MIKROBIOLOGISCHEN QUALITÄTSSICHERUNG IN APOTHEKEN

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



Hiermit melde ich meine Apotheke verbindlich zum Umgebungsmonitoring zur Überprüfung meines Hygienemanagementsystems an, für das/den:

- Rezepturlabor** (Prüfung von Personal- und Raumhygiene durch Oberflächenabklatschtests an Händen, Kitteln, Arbeitsfläche und Regal/Wand)
- Blisterraum** (Prüfung von Personal- und Raumhygiene durch Oberflächenabklatschtests an Händen, Kitteln, Arbeitsfläche/Entblisterung, Blisterautomat/Tray, und Regal/Medikamentenlager)

Gewünschte/r Terminmetermin/e (bitte ankreuzen):

Termine 2021	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> Februar 2021	15.01.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> März 2021	15.02.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> April 2021	15.03.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Mai 2021	15.04.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> August 2021	15.07.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> September 2021	15.08.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Oktober 2021	15.09.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> November 2021	15.10.2021	<input type="checkbox"/> ja

- Optionale Überprüfung der Raumluft**
(nur in Verbindung mit einer Anmeldung zum Hygienemonitoring)
Luftkeimsammlung mittels Sedimentationsplatten +17,50 Euro zzgl. MwSt./ Platte
Anzahl der gewünschten Platten: ____

* Der Abschluss eines Abonnements ist mit einem Rabatt von 5 Prozent verbunden. Als Abonnent nehmen Sie bis auf Widerruf regelmäßig jedes Jahr in dem von Ihnen gewünschten Zeitraum am entsprechenden Ringversuch teil.

Teilnahmegebühr:

Die Kosten für die mikrobiologische Untersuchung 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. Eine Kombination mehrerer Rabatte ist nicht möglich.

Die Anmeldung zum Hygienemonitoring ist verbindlich. Änderungen/Kündigungen sind fristgerecht in schriftlicher Form einzureichen. Stornierungen werden bis zum Anmeldeschluss berücksichtigt, danach werden die erhaltenen Abklatschplatten, der Versand und eine Bearbeitungsgebühr in Rechnung gestellt. Bei Unterlassen der Rücksendung der Abklatschplatten, erfolgt die Rechnungsstellung in voller Höhe.

- Wir wünschen den Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen und ZL-News) des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker e.V. Sie können die Newsletter-Einstellung für Ihre Apotheke jederzeit widerrufen oder über Ihren Online-Benutzeraccount ändern.

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. Auf Anfrage der zuständigen Apothekerkammer können dieser die personenbezogenen Daten der an dem Ringversuch teilnehmenden Apotheke mitgeteilt werden.

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

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden.