

ANMELDUNG ZUM HYGIENEMONITORING 2022

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 Hand, Kittel, Arbeitsfläche, Arbeitsgeräten und Regal/Wand)
- Blisterraum** (Prüfung von Personal- und Raumhygiene durch Oberflächenabklatschtests an Hand, Kittel, Arbeitsfläche/Entblisterung, Blisterautomat/Tray, und Regal/Medikamentenlager)

Gewünschte/r Terminmetermin/e (bitte ankreuzen):

Termine 2022	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> Februar	15.01.2022	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> März	15.02.2022	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> April	15.03.2022	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Mai	15.04.2022	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Juni	15.05.2022	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> September	15.08.2022	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Oktober	15.09.2022	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> November	15.10.2022	<input type="checkbox"/> ja

- Optionale Überprüfung der Raumluft** (nur in Verbindung mit dem Hygienemonitoring)

Anzahl der gewünschten Sedimentationsplatten: _____

* 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 **200,- Euro zzgl. MwSt.**, die Luftkeimsammlung mittels Sedimentationsplatten sowie die Untersuchung zusätzlicher Abklatschplatten weiterer Probenahmestellen betragen 17,50 Euro zzgl. MwSt. pro Platte.

Zusätzlich werden 1 x pro Teilnahme am Ringversuch Frachtkosten in Rechnung gestellt. Der Preis wird tagesaktuell festgesetzt und liegt derzeit bei 20,- 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.

Bitte gut leserlich in Druckschrift ausfüllen.

Name der Apotheke _____

Kundennummer (sofern vorhanden) _____

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.