

per Telefax: 0211 – 8388220  
per E-Mail: p.sefrin@aknr.de



Apothekerkammer Nordrhein  
KdöR  
Abt. Aus- und Fortbildung  
Poststr. 4  
40213 Düsseldorf

**Verbindliche Anmeldung zu einem Team-Coaching „Arzneimittelinteraktionen“**  
(bitte in Druckbuchstaben vollständig beide Seiten ausfüllen)

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Apothekenleiter/in: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
e-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Teilnehmer (max. 16 Personen, bitte auf der 2. Seite eintragen)**

<b>gewünschtes Zeitfenster</b>	<b>mögliche Wochentage</b> (Planungsvorlauf 4 – 6 Wochen)
10.00 – 12.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
12.00 – 14.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
14.00 – 16.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
16.00 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
18.00 – 20.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do
20.00 – 22.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do

Sobald der Termin zwischen Apotheke und Coach vereinbart wurde, erhalten Sie für Ihre Apotheke eine Terminbestätigung und eine Rechnung über 580 Euro. Die personenbezogenen Daten, die Sie mit dieser Anmeldung an die Apothekerkammer Nordrhein übermitteln, werden ausschließlich zur Bearbeitung dieser Anmeldung und zur Organisation dieses Team-Coachings verarbeitet. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b) DSGVO.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Apothekenleiter/in

per Telefax: 0211 – 8388220  
per E-Mail: p.sefrin@aknr.de



Apothekerkammer Nordrhein  
KdöR  
Abt. Aus- und Fortbildung  
Poststr. 4  
40213 Düsseldorf

**Verbindliche Anmeldung zu einem Team-Coaching „Arzneimittelinteraktionen“**

**Apotheke:** \_\_\_\_\_

**Teilnehmer:**  
(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel	Name	Vorname	Beruf