

per E-Mail: athina@aknr.de

Apothekerkammer Nordrhein
KdöR
Abt. AMTS/ATHINA
Poststr. 4
40213 Düsseldorf



**Verbindliche Anmeldung zu einem XL Team Coaching
„Erweiterte Medikationsberatung“ und weitere pharmazeutische Dienstleistungen**

Name der Apotheke: _____

Apothekenleiter/in: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Gewünschtes Thema:

WICHTIG: Die Ausrichtung des Coachings bestimmen Sie! Geben Sie daher bei der Buchung bitte an, welche pharmazeutischen Dienstleistungen in dem Coaching adressiert werden sollen.

Das Teamcoaching findet in Präsenz in Ihrer Apotheke statt und dauert ca. 2 Stunden.

gewünschtes Zeitfenster

mögliche Wochentage
(Planungsvorlauf 4 – 6 Wochen)

10.00 – 12.00 Uhr

☐ Di ☐ Mi ☐ Do

14.00 – 16.00 Uhr

☐ Di ☐ Mi ☐ Do

18.30 – 20.30 Uhr

☐ Di ☐ Mi ☐ Do

19.00 – 21.00 Uhr

☐ Di ☐ Mi ☐ Do

alternative Uhrzeit

.....

Sobald der Termin zwischen der Apotheke und dem Coach vereinbart wurde, erhalten Sie für Ihre Apotheke eine Terminbestätigung und eine Rechnung über 580 Euro.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Apothekenleiter/in

per E-Mail: athina@aknr.de

Apothekerkammer Nordrhein
KdöR
Abt. AMTS/ATHINA
Poststr. 4
40213 Düsseldorf



**Verbindliche Anmeldung zu einem XL Team Coaching
„Erweiterte Medikationsberatung“ und weitere pharmazeutische Dienstleistungen**

Alle Teilnehmenden müssen bei der Apothekerkammer Nordrhein für Fortbildungen registriert sein.

Apotheke: _____

Teilnehmende:

Titel	Name	Vorname	Beruf