

per E-Mail: fobi@aknr.de

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

Verbindliche Anmeldung zu einem Team Coaching „Asthma-Device-Schulung“

Name der Apotheke: _____

Apothekenleiter/in: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

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

gewünschtes Zeitfenster

mögliche Wochentage

(Planungsvorlauf 4 – 6 Wochen)

10.00 – 12.00 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
12.00 – 14.00 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
14.00 – 16.00 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
16.00 – 18.00 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
18.00 – 20.00 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do
20.00 – 22.00 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ 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 E-Mail: fobi@aknr.de

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

Verbindliche Anmeldung zu einem Team Coaching „Asthma-Device-Schulung“
Alle Teilnehmenden müssen bei der Apothekerkammer Nordrhein für Fortbildungen
registriert sein.

Apotheke: _____

Teilnehmende:

Titel	Name	Vorname	Beruf