

per E-Mail: fobi@aknr.de

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

**Verbindliche Anmeldung zu einem Team Coaching „Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit“**

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Apothekenleiter/in: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Teilnehmende (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"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
12.00 – 14.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
14.00 – 16.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
16.00 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
18.00 – 20.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do
20.00 – 22.00 Uhr	<input type="checkbox"/> Mo <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 E-Mail: [fobi@aknr.de](mailto:fobi@aknr.de)

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

**Verbindliche Anmeldung zu einem Team Coaching „Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit“**

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

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

**Teilnehmende:**

Titel	Name	Vorname	Beruf