



## **Ausbildungsbegleitende Unterrichtsveranstaltungen für Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Praktikum**

- **Kostenfreie Teilnahme am ZL-Ringversuch**

Die Sicherung der Qualität der pharmazeutischen Leistungen ist eine kontinuierliche Aufgabe jeder Apotheke. Die Apothekerkammer Berlin unterstützt die Apotheken hierbei mit den freiwilligen Angeboten zur externen Qualitätssicherung, z. B. ZL-Ringversuchen.

Um das Qualitätsbewusstsein bereits beim Berufsnachwuchs zu verankern, stellt die Kammer Mittel für die Teilnahme von Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Praktikum mit einer von diesen hergestellten Rezeptur an einem ZL-Ringversuch Rezeptur bereit. Die Kammer übernimmt die Kosten für einen Ringversuch ohne Zusatzoptionen. Teilnahmeberechtigt sind Ausbildungsstätten in Berlin.

Wenn Sie von diesem Angebot Gebrauch machen wollen, muss sich die Apothekenleitung beim Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker (ZL) zu einem Ringversuch anmelden. Nähere Informationen sowie die Modalitäten erhält man über die Homepage [www.zentrallabor.com](http://www.zentrallabor.com).

### **Kontakt Ringversuche**

Ihr Ansprechpartner:	Abteilung QS/Apothekenpraxis
E-Mail:	<a href="mailto:ringversuche@zentrallabor.com">ringversuche@zentrallabor.com</a>
Telefon:	06196 / 937 850
Fax:	06196 / 937 815

Die Teilnahmegebühr muss von der Apotheke zunächst beim ZL entrichtet werden. Der verauslagte Betrag für einen Ringversuch wird der Apotheke von der Apothekerkammer Berlin zurückerstattet. Die Kosten für gebuchte Zusatzoptionen sind von der Apotheke zu tragen. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular auf der nächsten Seite.

Apothekerkammer Berlin  
Littenstraße 10  
10179 Berlin

## Antrag auf Kostenerstattung für die Teilnahme am ZL-Ringversuch

Der/die Pharmazeut/in im Praktikum

Frau/Herr

Vorname, Nachname .....

hat am .....

an dem ZL-Ringversuch Rezeptur .....

teilgenommen. Die Rezeptur wurde von ihm/ihr selbst angefertigt.

Ich bitte um Überweisung des verauslagten Betrags **gemäß beiliegender Rechnung des ZL.**

Konto-Inhaber: .....

Geldinstitut: .....

IBAN .....

BIC .....

Berlin, den

Unterschrift Apothekenleitung, Stempel