

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Antrag auf Kostenerstattung für einen Pseudo Customer-Besuch

Die Apotheke

(bitte Name und Anschrift der Apotheke eintragen)

.....
.....
.....

hat am (bitte Buchungsdatum eintragen)

..... **einen Pseudo Customer-Besuch gebucht**

und wurde am (bitte Datum des Besuches eintragen) **von einem Pseudo Customer besucht.**

Ich bitte um Überweisung des vorauslagten Betrags gemäß beiliegender Rechnung der Avoxa. Den Ergebnisbericht des Pseudo Customer-Besuches füge ich - nach Entfernung personenbezogener Daten - bei.

Konto-Inhaber:

Geldinstitut:

IBAN

BIC

Berlin, den

Unterschrift Apothekenleitung, Stempel

Stand: Januar 2026