



## Anmeldung

### zur Fortbildungsveranstaltung der Apothekerkammer Bremen

FAX: 0421 - 17 09 18

*Pro Formular bitte nur eine Person angeben*

Veranstaltung: **DS-GVO: praktische Umsetzung in der Apotheke**

Datum: Montag, 2. Juli 2018 von 12.00 - 16.00 Uhr

Veranstaltungsort: InterCity Hotel Bremen, Bahnhofsvorplatz 17-18, 28195 Bremen

Kosten: 20,-

#### TEILNEHMER:

- |                                    |                        |                     |
|------------------------------------|------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Apotheker | _____                  | _____               |
|                                    | Kundennummer           | Telefon             |
| <input type="checkbox"/> PTA       | _____                  | _____               |
|                                    | Name                   | E-Mail              |
| <input type="checkbox"/> PKA       | _____                  | _____               |
|                                    | Straße (Privatadresse) | PLZ, Ort            |
| <input type="checkbox"/> _____     | _____                  | _____               |
|                                    |                        | Datum, Unterschrift |

Abrechnung über Arbeitgeber (optional) Die Teilnehmergebühr für die o.g. Veranstaltung wird vom Arbeitgeber bezahlt. Bitte senden Sie die Anmeldebestätigung bzw. Gebührenabrechnung nicht an den Teilnehmer, sondern an folgende Adresse:

\_\_\_\_\_

Name der Apotheke	Datum, Unterschrift, Stempel
-------------------	------------------------------

Bankeinzug  Eine generelle Einzugsermächtigung wurde bereits erteilt  
 Ermächtigung zum Einzug dieser Teilnahmegebühr mittels Lastschrift

\_\_\_\_\_

IBAN	BIC
------	-----

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut	Kontoinhaber
----------------	--------------

\_\_\_\_\_

Datum,	Unterschrift, Stempel
--------	-----------------------