

ÄNDERUNG EINES ABONNEMENTS FÜR DIE ZL-RINGVERSUCHE

DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER GmbH (ZL) ZUR
QUALITÄTSSICHERUNG VON BLUTUNTERSUCHUNGEN IN DER APOTHEKE

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER GmbH
CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN
Online-Anmeldung: www.zentrallabor.com
Tel.: 06196/937-550, Fax: 06196/937-815



Für folgende/n ZL-Ringversuch/e möchten wir für unsere Apotheke einen
Wechsel des Teilnahmezeitraumes vornehmen (bitte ankreuzen und ausfüllen):

Rezeptur- Ringversuch **Bisheriger Ringversuch** **Neuer Ringversuch**
wählbar: 1. Rezeptur-RV, 2. Rezeptur-RV
3. Rezeptur-RV, 4. Rezeptur-RV

Kapsel- Ringversuch **Bisheriger Ringversuch** **Neuer Ringversuch**
wählbar: monatlich Februar- September

Hygienemonitoring **Bisheriger Teilnahme-** **Neuer Teilnahme-**
zeitraum zeitraum
wählbar: monatlich Februar- Mai &
August- November

Mikrobiologische **Bisheriger Teilnahme-** **Neuer Teilnahme-**
Wasseruntersuchungen zeitraum zeitraum
wählbar: 1. Quartal, 2. Quartal,
3. Quartal, 4. Quartal

Blut- Ringversuch **Bisheriger Teilnahme-** **Neuer Teilnahme-**
zeitraum zeitraum
wählbar: 1. Blut-RV, 2. Blut-RV
3. Blut- RV, 4. Blut-RV

NEUANMELDUNG	Blutparameter
Genaue Bezeichnung des Messgerätes	(GLC, CHOL, HDL, TG, ALT, AST, GGT, Harnsäure, Crea, Hämoglobin, HbA1c, (hs)CRP, (Mikro)albumin (Harn oder Serum))
ABMELDUNG	Blutparameter
Genaue Bezeichnung des Messgerätes	(GLC, CHOL, HDL, TG, ALT, AST, GGT, Harnsäure, Crea, Hämoglobin, HbA1c, (hs)CRP, (Mikro)albumin (Harn oder Serum))

Gemäß den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (Art. 6 DS-GVO) sind wir dazu aufgerufen, Ihre Einwilligung für die Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Name der Apotheke, Telefon, Fax, E-Mail) durch die ZL GmbH sowie deren Weitergabe an den ZL e.V. und die für Ihre Apotheke zuständige Apothekerkammer einzuholen.

Gegenüber der ZL GmbH sind Sie gemäß Art. 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten und deren Korrektur, Löschung oder Sperrung einzufordern.

Des Weiteren ist der Widerruf Ihrer Einwilligung für die weitere zukünftige Nutzung Ihrer Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.zlgmbh.com.

Ihre Unterschrift beinhaltet die Einwilligung zur Verwendung der genannten personenbezogenen Daten.

Name der Apotheke _____

Apothekenleiter/in _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Apothekerkammer _____

Apothekenstempel **Datum, Unterschrift**

Wir wünschen den ZL-Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen und ZL-News).
Sie können die Newsletter-Einstellung für Ihre Apotheke jederzeit über Ihren Online-Benutzeraccount ändern.