

**ANMELDUNG ZUM REZEPTUR-RINGVERSUCH 2021**  
 DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER GmbH (ZL) ZUR  
 QUALITÄTSSICHERUNG VON IN DER APOTHEKE HERGESTELLTEN REZEPTUREN

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER GmbH  
 CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN  
 Online-Anmeldung: [www.zentrallabor.com](http://www.zentrallabor.com)  
 Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke verbindlich für folgende/n Ringversuch/e an.

Gewünschte/r Teilnahmetermin/e (bitte ankreuzen):

Termine und Teilnahmezeitraum	Anmelde- schluss	Abonne- ment*
<input type="checkbox"/> 1. Ringversuch 2021 – Januar bis Juli <b>Cremezubereitung mit Clotrimazol 133,- € zzgl. MwSt.</b> (Identität, Gehalt, Wirkstoffverteilung, galenische Beschaffenheit, Partikelgröße) <b>Optionale Untersuchungen im 1. Ringversuch:</b> <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 75,- € zzgl. MwSt. <input type="checkbox"/> Überprüfung der mikrobiologischen Qualität + 100,- € zzgl. MwSt.	01.06.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 2. Ringversuch 2021 – April bis November <b>Halbfeste Zubereitung mit Prednisolonacetat 133,- € zzgl. MwSt.</b> (Identität, Gehalt, Wirkstoffverteilung, galenische Beschaffenheit, Partikelgröße) <b>Optionale Untersuchungen im 2. Ringversuch:</b> <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 75,- € zzgl. MwSt.	01.10.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 3. Ringversuch 2021 – August bis Dezember <b>Pädiatrische Lösung mit Metoprololtartrat 133,- € zzgl. MwSt.</b> (Identität, Gehalt, pH-Wert, Aussehen) <b>Optionale Untersuchungen im 3. Ringversuch:</b> <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 75,- € zzgl. MwSt.	01.11.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Spezial- Ringversuch 2021 – ganzjährig <b>Flüssige Zubereitung mit Triamcinolonacetonid und Salicylsäure 375,- € zzgl. MwSt.</b> (Identität und Gehalt beider Wirkstoffe, rel. Dichte) <b>Optionale Untersuchungen im Spezial- Ringversuch:</b> <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Rezeptur + 75,- € zzgl. MwSt.	01.10.2021	<input type="checkbox"/> ja

\* Der Abschluss eines Abonnements ist mit einem Rabatt von 5 Prozent verbunden. Als Abonnent nehmen Sie bis auf Widerruf regelmäßig in dem von Ihnen gewünschten Zeitraum am entsprechenden Ringversuch jedes Jahr teil. Optionale Untersuchungen werden nicht ins Abonnement übernommen.

Die Anmeldung zum Ringversuch ist verbindlich. Änderungen/Kündigungen sind fristgerecht in schriftlicher Form einzureichen. Das ZL behält sich vor, bei Rezepturen, die in einem der Prüfparameter nicht entsprechen, vor der Untersuchung weiterer Prüfparameter die Prüfung abzubrechen. Die Teilnahme am Ringversuch wird in voller Höhe berechnet.

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 der Apotheke, Anschrift, Name des Apothekenleiters, Telefon, Fax, E-Mail) durch die ZL GmbH sowie deren Weitergabe an den Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker e.V. (ZL e.V.) einzuholen. Auf Anfrage der zuständigen Apothekerkammer können dieser die personenbezogenen Daten der an dem Ringversuch teilnehmenden Apotheke mitgeteilt werden. 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](http://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

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden.

- Wir wünschen den Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen und ZL-News) des Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker e.V. Sie können die Newsletter-Einstellung für Ihre Apotheke jederzeit widerrufen oder über Ihren Online-Benutzeraccount ändern.