

Antrag

auf Erstattung Ringversuch



Die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern erstattet pro Jahr die Nettokosten (ohne Versand/ Porto) für die Teilnahme an Ringversuchen in Höhe von max. 250 € pro Apotheke. Darüber hinaus wird auf Antrag auch ein Rezeptur-Ringversuch für jede auszubildende Pharmazeutin / jeden auszubildenden Pharmazeuten im Praktikum erstattet. Es können nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden.

Apotheke

Name und Inhaber
der Apotheke:

Anschrift der Apotheke:

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Angaben zum Ausbildungsverhältnis (falls eine Erstattung für eine/-n PhiP beantragt wird)

Name der Pharmazeutin / des Pharmazeuten im Praktikum:

Geburtstag der Pharmazeutin / des Pharmazeuten im Praktikum:

Ausbildungsbeginn und Ausbildungsende (lt. Vertrag) der Pharmazeutin / des Pharmazeuten im Praktikum
in der Apotheke:

Die Rechnung des ZL liegt diesem Antrag bei.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift

Anträge des Vorjahres können bis spätestens 31. Januar zur Erstattung eingereicht werden. Eine spätere Erstattung ist ausgeschlossen. Amtliche Probenahmen gem. § 65 Arzneimittelgesetz sind nicht erstattungsfähig. Es werden keine Gutschriften erstellt. Dieses Antragsformular stellt den Beleg dar.

[Digitale Formulare: 1. Füllen Sie die Felder aus. 2. Fügen Sie Ihre Unterschrift hinzu: Im kostenlosen Programm Acrobat Reader wählen Sie den Menüpunkt „Signieren“. Mit der Schaltfläche „Signatur hinzufügen“ können Sie eine Unterschrift (in Textform, gezeichnet oder als Bilddatei) dem Dokument anfügen. 3. Speichern Sie zum Ende die Datei mit neuem Dateinamen ab und übermitteln diese an uns.]

Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

digital als E-Mail an info@akmv.de ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin