Ihre ApoChannel® Tarifoption

marpinion

Stellen Sie Ihrem gesamten Apotheken-Team in drei einfachen Schritten die Apotheken-Pflichtschulungen zur Verfügung.

1. **Formularfelder ausfüllen**
2. **Tarifoption „Apotheken-Pflichtschulungen“ auswählen**
3. **Bestellung per Fax oder E-Mail absenden**

Bitte senden an:
Fax: 089 1222836850
E-Mail: support@marpinion.de

Vertragspartnerdaten

Name Vertragspartner:in

Name Apotheke

Straße/Hsnr.

PLZ/Ort

Kundennummer

ApoChannel® Tarifoption

Apotheken Pflichtschulungen — Vertragslaufzeit: 12 Monate

Auswählen

- Hygienemanagement im Apothekenbetrieb
- Lagerung & Aufbewahrung Teil 1
- Lagerung & Aufbewahrung Teil 2
- Herstellung in der Apotheke Teil 1
- Herstellung in der Apotheke Teil 2
- Prüfungen im Apothekenbetrieb
- Arbeitssicherheit in der Apotheke Teil 1
- Arbeitssicherheit in der Apotheke Teil 2
- Datenschutz im Apothekenbetrieb
- Blutuntersuchungen als Dienstleistung
- Brandschutz im Apothekenbetrieb
- Antidiskriminierung im Apothekenalltag
- Gefahrenstoffe Teil 1
- Gefahrenstoffe Teil 2
- Erste Hilfe im Apothekenbetrieb
- Botendienste in der Apotheke

- Teilnahmeberechtigt an Apotheken-Pflichtschulungen sind sämtliche Mitarbeitenden der teilnehmenden Apotheke inkl. ihrer Filialen.
- Die Tarifoption „Apotheken-Pflichtschulungen“ beginnt nach Freischaltung der Zugangsdaten. Die 3 monatige Kündigungsfrist tritt erstmals zum Ablauf der Vertragslaufzeit (12 Monate) ein. Der Teilnahmevertrag verlängert sich um jeweils weitere 12 Monate sofern der Vertrag nicht gekündigt wurde.

19,90 EUR pro Monat
(zzgl. MwSt.)

Abonnement pro Monat

Ich schließe den vorstehenden Vertrag für die oben genannte Apotheke und erkläre hierzu seitens der Apotheke berechtigt zu sein.

X

Unterschrift Vertragspartner:in

Ort, Datum

Lastschriftmandat (wiederkehrende Basislastschrift)

IBAN Nummer: D E

Eine Einzugsermächtigung wurde für Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00001451542 erteilt und soll für diese Verträge verwendet werden.

Kundennummer:
(Mandatsreferenznummer)

Ich erteile die Einzugsermächtigung für die oben genannte Apotheke und erkläre hierzu seitens der Apotheke berechtigt zu sein.

X

Unterschrift Vertragspartner:in

Ort, Datum

Vertrag Apotheke, V2023-04-PS-AD01