# Ihre ApoChannel® Tarifoption (Start zum Wunschtermin)

(Vorteilsangebot buchbar und gültig vom 15.09.2023 bis 15.10.2023 / 3 Freimonate)

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.

☑ **Entfall der monatlichen Teilnahmegebühr für die ersten drei Monate.**
(Vorteilsangebot buchbar und gültig vom 15.09.2023 bis 15.10.2023).

☑ **Buchung zum Wunschtermin:**

Legen Sie hier fest, wann Ihr Vertrag starten soll und Sie die Pflichtschulungen über den ApoChannel® nutzen möchten:

dd/mm/yyyy

**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.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragspartner:in

## 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.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragspartner:in

Vertrag Apotheke, V2023-PS_ANGEBOT_2024_Wunschdatum+3FM/Customer Care