

- 1 Formularfelder ausfüllen
- 2 Apotheken-Pflichtschulungen auswählen
- 3 Bestellung per E-Mail oder Fax an uns senden

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

Name Vertragspartner:in

Name Apotheke

Strasse/Hsnr.

PLZ/Ort

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Kundennummer (falls vorhanden)					

Ort Datum

Unterschrift Vertragspartner:in

Apotheken Pflichtschulungen

Vertragslaufzeit: 12 Monate

☒

Auswählen

- ▷ KI-Kompetenz für Apotheken
- ▷ 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

Sonderangebot:
134,70 EUR
sparen!

- ▷ 17 Module
- ▷ Teilnahme-Zertifikat für jeden Teilnehmer
- ▷ Rechtlich geprüft und mit Lernkontrolle
- ▷ Für das gesamte Apothekenteam auch ohne Apple iPad
- ▷ Teilnahmeberechtigt an Apotheken-Pflichtschulungen sind sämtliche Mitarbeitenden der teilnehmenden Apotheke inkl. ihrer Filialen.
- ▷ Die Apotheken-Pflichtschulungen beginnen 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.
(Neukundenangebot buchbar und gültig bis 15.02.2026)

☒

Buchung zum Wunschtermin:

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

dd/mm/yyyy

~~29.90 EUR~~

24,90 EUR pro Monat
(zzgl. MwSt.)

Abonnement
pro Monat

¹ Nach 12 Monaten Mindestvertragslaufzeit: 29,90 EUR pro Monat (zzgl. MwSt.)

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

F

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