

ANMELDUNG Pseudo Customer-Besuch

Hiermit beauftrage ich die Landesapothekerkammer Thüringen mit der einmaligen Durchführung einer Überprüfung der Qualität von Information und Beratung in meiner Apotheke.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Anmeldeschluss der 31. Mai eines Jahres ist und die Beratungsqualität in unserer Apotheke nach Ablauf der Anmeldefrist geprüft wird.

| | |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Apotheke | Apothekenleiterin / Apothekenleiter |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße | PLZ, Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon, Fax | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum | Unterschrift/Apothekenstempel |

Das Ergebnis der Beratungsqualität wird Ihnen **per Post** zugestellt.