

ANMELDUNG ZUM BLUT-RINGVERSUCH 2021

DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER GmbH (ZL) ZUR
QUALITÄTSSICHERUNG VON BLUTUNTERSUCHUNGEN IN DER APOTHEKE

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER GmbH
CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN
Online-Anmeldung: www.zentrallabor.com
Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke verbindlich für folgenden Ringversuch an.

Gewünschte/r Teilnehmertermin/e (bitte ankreuzen):

Termine 2021 (Teilnahmezeitraum)	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> 1. Ringversuch 2021 (Januar)	15.01.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 2. Ringversuch 2021 (April)	15.03.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 3. Ringversuch 2021 (Juli)	15.06.2021	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 4. Ringversuch 2021 (Oktober)	15.09.2021	<input type="checkbox"/> ja

* Der Abschluss eines Abonnements ist mit einem Rabatt von 5 Prozent verbunden. Als Abonnent nehmen Sie bis auf Widerruf regelmäßig in dem von Ihnen gewünschten Zeitraum am entsprechenden Ringversuch jedes Jahr teil.

Genauere Bezeichnung des Messgerätes	Blutparameter (GLC, CHOL, HDL, TG, ALT, AST, GGT, Harnsäure, Crea, Hämoglobin, HbA1c, (hs)CRP, (Mikro)albumin (Harn oder Serum))

Geben Sie bitte in der 1. Spalte der Tabelle das Messgerät und in der 2. Spalte den/die Parameter an, die Sie bestimmen möchten (Zum Beispiel „Accutrend Plus – Cholesterin“).

Teilnahmegebühr:

Anmeldung eines Gerätes (Erstgerät) inkl. 1 Parameter **60,- € zzgl. MwSt.**
Anmeldung eines weiteren Gerätes (Zweitgerät*) inkl. 1 Parameter **27,50 € zzgl. MwSt.**
Geräte zur Bestimmung von HbA1c, hsCRP/CRP oder Mikroalbumin (Harn) **85,00 € zzgl. MwSt.**

*Folgende Geräte für Mehrfachbestimmungen können nicht als Zweitgerät angemeldet werden und werden ausschließlich mit 60,- € zzgl. MwSt. berechnet: CardioCheck PA Lipid-Panel, Cholestech® LDX, Glucofast® duo, Reflotron®, Samsung LabGeo PT10, SD LipidoCare®, BeneCheck sowie die HemoCue® Hb und Glucose 201+ Geräte. Im Preis pro Gerät ist jeweils die Überprüfung eines Parameters enthalten. Jeder weitere Blutparameter wird bei Accutrend® GC und Plus mit 4,- € zzgl. MwSt., bei allen anderen Geräten mit 7,- € zzgl. MwSt. berechnet.

Die Anmeldung zum Blut-Ringversuch ist verbindlich. Änderungen/Kündigungen sind fristgerecht in schriftlicher Form einzureichen. Stornierungen werden bis 7 Tage vor Probenversanddatum berücksichtigt, danach werden die erhaltenen Ringversuchsproben, der Versand und eine Bearbeitungsgebühr in Rechnung gestellt. Bei Nicht-Einreichen der Messwerte bis zum Fristablauf, wird der Ringversuch in voller Höhe berechnet.

- Wir wünschen den Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen und ZL-News) des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker e.V. Sie können die Newsletter-Einstellung für Ihre Apotheke jederzeit widerrufen oder über Ihren Online-Benutzeraccount ändern.

Gemäß den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (Art. 6 DS-GVO) sind wir dazu aufgerufen, Ihre Einwilligung für die Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten (Name der Apotheke, Anschrift, Name des Apothekenleiters, Telefon, Fax, E-Mail) durch die ZL GmbH sowie deren Weitergabe an den Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker e.V. (ZL e.V.) einzuholen. Auf Anfrage der zuständigen Apothekerkammer können dieser die personenbezogenen Daten der an dem Ringversuch teilnehmenden Apotheke mitgeteilt werden.

Gegenüber der ZL GmbH sind Sie gemäß Art. 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten und deren Korrektur, Löschung oder Sperrung einzufordern.

Des Weiteren ist der Widerruf Ihrer Einwilligung für die weitere zukünftige Nutzung Ihrer Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.zlgmbh.com.

Ihre Unterschrift beinhaltet die Einwilligung zur Verwendung der genannten personenbezogenen Daten.

Name der Apotheke

Apothekenleiter/in

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Apothekerkammer

Apothekenstempel Datum, Unterschrift

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden.