

**WOCHENENDWORKSHOPS „PATIENT & PHARMAZEUTISCHE BETREUUNG“**

**Nürnberg**  
 22./23. Okt. 2011

**Berlin**  
 5./6. Nov. 2011

**Münster**  
 12./13. Nov. 2011

**1. ANMELDUNG FÜR DEN WORKSHOP IN:**

**Nürnberg** (Georg-Simon-Ohm-Hochschule) **22./23. Oktober 2011**

**Berlin** (Charité Campus Virchow-Klinikum) **5./6. November 2011**

**Münster** (Factory Hotel) **12./13. November 2011**

**A. Rechnungsanschrift**  
 Wir bitten Sie, die persönlichen Daten vollständig und für **jeden** angemeldeten Teilnehmer **separat** anzugeben.

Herr  Frau

Titel/Name/Vorname

Name der Apotheke (nur wenn Rechnungsanschrift)

Kunden- bzw. BGA-Nr. (falls vorhanden)

Apotheker  Student/Praktikant

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Telefon Fax

E-Mail-Adresse

**B. Bestellung Teilnehmerkarten**  
 Verpflegung in den Pausen und Seminarunterlagen sind für die gebuchten Seminare im Preis für Teilnehmerkarte enthalten.

**Apotheker**  
 vergünstigte Anmeldung bis:  
 24.09.11 (Nürnberg), 08.10.11 (Berlin),  
 15.10.11 (Münster) € 195,-

**Studenten/Praktikanten**  
 (nur gegen Vorlage des Studentenausweises  
 bzw. der Praktikumsbescheinigung)  
 vergünstigte Anmeldung bis:  
 24.09.11 (Nürnberg), 08.10.11 (Berlin),  
 15.10.11 (Münster) € 65,-

**Studenten/Praktikanten**  
 (nur gegen Vorlage des Studentenausweises  
 bzw. der Praktikumsbescheinigung)  
 vergünstigte Anmeldung bis:  
 24.09.11 (Nürnberg), 08.10.11 (Berlin),  
 15.10.11 (Münster) € 50,-

**2. RESERVIERUNG SEMINARE**  
 Teilnahme an **max. 4 Seminaren** möglich (in Teilnehmerkarte enthalten).  
 Begrenzte Teilnehmerzahl! Vergabe nach Eingang der Anmeldungen.  
 Geben Sie bitte eine Alternative an, falls ausgebucht.

Seminar	Titel	Alternativ-Seminar
<input type="checkbox"/> S 1	Palliativpatienten – Aufgaben für den Apotheker	_____
<input type="checkbox"/> S 2	Der chronisch kranke Patient auf Reisen	_____
<input type="checkbox"/> S 3	Metabolisches Syndrom – häufige und relevante Interaktionen	_____
<input type="checkbox"/> S 4	Kommunikation mit Patienten – emotional überzeugend und gehirngerecht	_____
<input type="checkbox"/> S 5	Rheuma – Basiswissen, Beratung, Betreuung	_____
<input type="checkbox"/> S 6	AD(H)S bei Kindern – pharmazeutisch betrachtet	_____
<input type="checkbox"/> S 7	Damit Atmen leichter fällt – COPD-Patienten in der Apotheke	_____
<input type="checkbox"/> S 8	Update Diabetes-Therapie	_____

**3. AUFTRAGSERTEILUNG**

Durch diese Anmeldung kommt ein Auftragsverhältnis zur **Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH** zustande. Wenn Sie sich für den **WEWS in Münster** anmelden, schließen Sie ein Auftragsverhältnis mit der **Apothekerkammer Westfalen-Lippe** ab.

Die Veranstaltungen in **Nürnberg** und **Berlin** werden von der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH, Carl-Mannich-Straße 26, 65760 Eschborn, im Auftrag der verschiedenen Projektpartner organisatorisch begleitet. Anfragen hinsichtlich der Durchführung dieser Workshops richten Sie bitte an Frau Belak, Tel.: 06196/928-415. Bei Fragen bezüglich der Durchführung des WEWS in **Münster** wenden Sie sich bitte an Frau Vogelpohl von der Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Tel.: 0251/52005-14. Die Veranstaltung wird von den Landesapothekerkammern im Rahmen des freiwilligen Fortbildungszertifikates mit **15 Punkten** (8 Punkte am Samstag, 7 Punkte am Sonntag) anerkannt. Die Anmeldebestätigung wird Ihnen rechtzeitig mit einer Rechnung zugesandt. Bitte nehmen Sie vorher keine Überweisungen vor. Erstattungen eingezahlter Teilnehmergebühren können nur dann erfolgen, wenn die **schriftliche Stornierung** der Teilnahme **spätestens 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn** bei der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH eingegangen ist. Dieses Veranstaltungsprogramm ist vorläufig, Änderungen bleiben vorbehalten.

**Datum/Stempel/Unterschrift**  
 Ich erkenne die vorgenannten Teilnahmebedingungen an und bestätige hiermit meine rechtsverbindliche Anmeldung.

**Hinweis Zimmerbestellung:** Für Zimmerbestellungen verwenden Sie bitte das separate Hotelreservierungsformular.