

**Fax-Antwort an die ID-Institute for Dermopharmacy GmbH
zum Netzwerk „hautapotheke.de“ der GD**

Fax-Nummer: 02162/80589

- An dem Apothekennetzwerk der GD möchte ich mich mit meiner Apotheke beteiligen.
- Ich bin Mitglied der GD.
- Mein/-e Mitarbeiter/-in.....ist Mitglied der GD.
- Ich bin noch kein Mitglied der GD. Das Formular zur Beantragung der Mitgliedschaft werde ich parallel zur Seminaranmeldung bei Ihnen einreichen.
- An dem Qualifizierungsseminar am 11.03.2018 in Berlin nehmen aus meiner Apotheke folgende Personen teil (Teilnahmegebühr: 395,00 Euro für die erste bzw. 295,00 Euro zzgl. 19 % MwSt. für jede weitere Person aus der gleichen Apotheke):
1..... 3.....
2..... 4.....
- An dem Seminar am 11.03.2018 in Berlin kann aus meiner Apotheke niemand teilnehmen. Bitte informieren Sie mich über eventuelle weitere Seminartermine und -orte.
- Bitte tragen Sie nach erfolgter Qualifizierung die Kontaktdaten meiner Apotheke in das Verzeichnis der Netzwerkapotheken unter www.hautapotheke.de ein und setzen dort ggf. einen Link auf die u. g. Homepage meiner Apotheke (Jahresgebühr: 100,00 Euro zzgl. MwSt. bei jährlicher Kündigungsmöglichkeit bis spätestens drei Monate vor Jahresende).

Absender:

Apotheke: _____

Inhaber: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift