

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Antrag auf Kostenerstattung für die Teilnahme am ZL-Ringversuch

Der/die Pharmazeut*in im Praktikum PTA-Praktikant*in (bitte ankreuzen)

Frau/Herr

Vorname, Nachname

hat am

an dem ZL-Ringversuch Rezeptur

teilgenommen. Die Rezeptur wurde von ihm/ihr selbst angefertigt.

Ich bitte um Überweisung des verauslagten Betrags **gemäß beiliegender Rechnung des ZL.**

Konto-Inhaber:

Geldinstitut:

IBAN

BIC

Berlin, den

Unterschrift Apothekenleitung, Stempel