

TEILNEHMERLISTE ZUR ÜBERMITTLUNG AN DIE APOTHEKERKAMMER WESTFALEN-LIPPE (AKWL)

Bitte tragen Sie sich nur dann in die Liste ein, wenn Sie mit der
Übermittlung Ihrer Daten an die AKWL einverstanden sind!



VERANSTALTER:

NAME DER VERANSTALTUNG:

DATUM:

Name, Vorname oder Barcode	E-Mail-Adresse	Sollen die Fortbildungspunkte Ihrem Fortbildungskonto zugeschrieben werden?*	Sind Sie damit einverstanden, dass die AKWL Ihnen einen Evaluationsbogen zu dieser Veranstaltung zumailt?	Unterschrift
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

*Die AKWL kann die Punkte nur dann für Sie eintragen, wenn Sie einen Barcode eingeklebt haben. Ansonsten müssen die Punkte durch Sie selbst eingetragen werden.