



Bitte senden Sie dieses Formular vollständig und gut leserlich in
Druckbuchstaben ausgefüllt per Fax, per Email oder per Post an
untenstehende Adresse.

Vielen Dank.

Interesse am Zertifikatskurs ‚Clinical Pharmacy‘ 2019

Ich habe Interesse an einer Teilnahme am Zertifikatskurs ‚Clinical Pharmacy‘ und bitte um die Aufnahme auf
die Interessentenliste und die Zusendung weiterer Informationen (im März/April 2019).

Name, Vorname: _____

Kontaktadresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ **Telefon dienstlich:** _____

Email privat und/oder dienstlich (Wichtig! Der Versand aller Informationen erfolgt per Email):

Tätigkeit: Offizin Klinik Sonstiges _____

Sollte sich Ihre Adresse zwischenzeitlich ändern, dann teilen Sie mir diese bitte mit. Danke.

Anmeldungen (bzw. Bewerbungen um einen Platz) für den Kurs können erst entgegengenommen werden,
wenn das Kursprogramm 2019 erstellt und veröffentlicht wurde. Hierfür werden Ihnen dann Unterlagen per
Email zugesandt. Bitte beachten Sie, dass wir nur Anmeldungen von bereits vorliegenden Interessenten
entgegennehmen und dass zum Anmeldezeitpunkt die Approbation bzw. das Äquivalent schon vorliegen
muss.

Datum, Unterschrift: _____

Dr. Kerstin Seeger
Universität Tübingen
Pharmazeutisches Institut
Pharmazeutische Biologie
Auf der Morgenstelle 8

D-72076 Tübingen