



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‘ 2020

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 2020).

Frau  Herr

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 (Email-) 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 2020 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 auch 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