



## Anmeldeformular für ein Prüfplan-Training Prüfplan für CRA und Projektmanager klinischer Studien

**Veranstaltungsart:** Videokonferenz (2h)  
\*inklusive Seminarunterlagen

**Veranstaltungsdatum:** \_\_\_\_\_

**Akademischer Titel:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Position:** \_\_\_\_\_

**Krankenhaus/Praxis/Unternehmen:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Zur Information: Die Anmeldung gilt abhängig von der Platzverfügbarkeit als verbindlich. Sie erhalten nach Eingang des Anmeldeformulars eine Bestätigung sowie die Rechnung an die angegebene Adresse. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Erklärung zum Datenschutz der Pharmaakademie. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie beides gelesen haben. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage.

Dieses Formular bitte senden an **[gcp@pharmaakademie.com](mailto:gcp@pharmaakademie.com)** oder per Fax an **0341-99381419**.

Stand: 09/2019

