



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‘ 2025

Ich habe Interesse an einer Teilnahme am Zertifikatskurs ‚Clinical Pharmacy‘ und bitte um die Aufnahme
auf die Interessiertenliste und die Zusendung weiterer Informationen (im März/April 2025).

Name, Vorname: _____

Kontaktadresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: + __ (0) _____ Telefon dienstlich: + __ (0) _____

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 2025 erstellt und veröffentlicht wurde. Hierfür werden Ihnen dann Unterlagen **per
Email** zugesandt. Bitte beachten Sie, dass wir nur Anmeldungen von bereits vorliegenden Interessierten
entgegennehmen und dass zum Anmeldezeitpunkt auch die Approbation bzw. ein Äquivalent schon vorliegen
muss.

Datum, Unterschrift: _____

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

D-72076 Tübingen