

Ich melde mich hiermit für die folgende Qualifizierung an:

Qualifizierung von AMTS-verantwortlichen Personen

gemäß Anforderungen der Patientensicherheitsverordnung

Ort: **Universitätsmedizin Frankfurt**

Zeit: 13.08.2026, 09:00 bis 17:00 Uhr

Angaben des Teilnehmenden	
Krankenhaus:	
Abteilung:	
Funktion:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Teilnehmer/in:	
Berufliche E-Mail-Adresse:	
Telefon:	

Ich bin benannte/r AMTS-verantwortliche Person des oben genannten Krankenhauses.

Ich bin keine Apothekerin/kein Apotheker, bin aber Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für AMTS in unserer Einrichtung.

Der Eigenanteil für die Verpflegung während der Qualifizierung in Höhe von **50,00 € inkl. Mehrwertsteuer** werden von meinem Arbeitgeber übernommen.

Die korrekte Rechnungsanschrift meiner Gesundheitseinrichtung lautet:

Sollte ich an der Qualifizierung doch nicht teilnehmen können, werde ich spätestens 6 Wochen vor Beginn dieser meine Anmeldung stornieren, ansonsten müssen wir Ihnen Stornierungsgebühren in Rechnung stellen.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer/in

Ort, Datum Unterschrift Geschäftsführung/Vorstand

Bitte senden Sie die ausgefüllte unterschriebene Anmeldung an: pasig@unimedizin-ffm.de

Gefördert
durch:



HESSEN
Hessisches Ministerium
für Familie, Senioren, Sport,
Gesundheit und Pflege

Stand Mai
2026