

Emergency Department Pharmacist

Bestätigung

Apothekenleitung

Anschrift der Institution

Stiftung Patient & Klinische Pharmazie
Römerstraße 7
80801 München

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich, dass ich über die Antragstellung des Projektes mit dem Titel:

Titel

bei der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie im Rahmen der Ausschreibung *Emergency Department Pharmacist* informiert und mit dem Projekt einverstanden bin. Ich unterstütze die Durchführung des beantragten Projekts in folgender Notaufnahme:

Notaufnahme/ggf. kooperierende Notaufnahmestation

Mit freundlichen Grüßen

Name, Vorname (Apothekenleitung)

Unterschrift, Stempel