

Universitätsmedizin Greifswald
Universitätsapotheker
apotheker@med.uni-greifswald.de

Ich bitte um einen Gesprächstermin

Titel Name, Vorname	
Firma	
Position im Unternehmen	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Ich möchte mit Ihnen folgende Themen besprechen:

Thema	Kommentar (Apotheker)*

Die folgenden Felder werden ausschließlich von der Apotheke ausgefüllt:

Termin	Präsenz	Zoom	Bitte zunächst Unterlagen zusenden.	Bitte ein schriftliches Angebot.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

--

Terminvorschläge

Datum	Uhrzeit	Dauer [min]	Datum	Uhrzeit	Dauer [min]

Bitte **bestätigen Sie einen Termin** oder **rufen Sie für eine Terminvereinbarung 03834-86-5032** an.