

Renal Pharmacist

BESTÄTIGUNG

Anschrift der Institution

Stiftung Patient und 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 und Klinische Pharmazie im Rahmen der Ausschreibung *Renal Pharmacist* informiert und mit dem Projekt einverstanden bin. Ich unterstütze die Durchführung des beantragten Projekts auf den Stationen/im Fachbereich:

Stationen/Fachbereich

Mit freundlichen Grüßen

Name, Vorname (der Apothekenleitung/Fachbereichsleitung)

Unterschrift, Stempel