

*Intensive Care Pharmacist*

Bestätigung Krankenhausapotheke

*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 *Intensive Care 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 (Apothekenleitung)

Unterschrift, Stempel

---