

*Emergency Department Pharmacist*

**Bestätigung**

**Ärztliche Leitung Notaufnahme**

*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/Notaufnahmestation*

Mit freundlichen Grüßen

Name, Vorname (Ärztliche Leitung Notaufnahme)

---

Unterschrift, Stempel