

Referenten-/Autorenanfrage

Checkliste für eine mögliche Zusammenarbeit

WELEDA

Seit  1921

Anfrage als: Referent:in Autor:in

Sie verfügen über Erfahrungen mit unseren anthroposophischen Arzneimitteln und möchten Ihre Kenntnisse mit einem interessierten Fachpublikum teilen, entweder als Autor:in von Fachartikeln oder als Referent:in bei einer unserer Fach-Veranstaltungen? Dann setzen Sie sich mit dieser Checkliste zu einer ersten Kontaktaufnahme mit uns in Verbindung.

1 IHRE PERSÖNLICHEN DATEN:

Vor- und Nachname: E-Mail:

Straße und Haus-Nr.: Jahrgang:

PLZ und Ort:

Telefon (mobil oder Festnetz): Die angegebene Adresse ist: beruflich privat

Wann und wie können wir Sie am besten erreichen:

2 PRAXIS

Beruf: Arzt:in Apotheker:in Heilpraktiker:in Assistent:in

Wo arbeiten Sie: in eigener Praxis in einer Gemeinschaftspraxis Mitarbeiter:in einer Praxis in einer Klinik

in eigener Apotheke Mitarbeiter:in einer Apotheke

Haben Sie Schwerpunkte in Ihrer Tätigkeit, die Sie bei Vorträgen, Workshops oder redaktionellen Beiträgen vermitteln möchten?

3 IHRE THEMEN | IHRE KOMPETENZEN

Der Praxisbezug und die Qualität unserer Vorträge und redaktionellen Beiträge leben von unseren Referent:innen und Autor:innen. Was ist Ihnen wichtig, bei Ihren Vorträgen oder bei der Erstellung Ihrer Artikel?

Sind Sie bereits als Referent:in oder Autor:in tätig? Ja Nein

Wenn ja, für welche (Pharma-)Firmen oder Verbände?

Können Sie uns Referenzen zu Ihrer Referenten- bzw. Autorentätigkeit nennen?

Was veranlasst Sie, sich im Hinblick auf eine Zusammenarbeit bei uns zu bewerben?

Welche Themen sind Ihrer Meinung nach aktuell relevant für Sie?

Haben Sie bereits Erfahrungen in der Therapie mit Weleda-Präparaten?

Welches Thema ist für Sie im Hinblick auf Produktempfehlungen von Weleda besonders relevant?

Ich habe die Datenschutzerklärung auf <https://fachportal.weleda.de/public/datenschutz> gelesen und akzeptiert. Einer Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten stimme ich zu.

Ort und Datum

Unterschrift

(digital unterschreiben oder ausdrucken und unterschreiben)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post oder E-Mail an:

Weleda AG
Medical Relationship Management
Möhlerstraße 3-5
73525 Schwäbisch Gmünd

E-Mail: med-relations@weleda.de