

# Tierärztekammer- meldebogen V 1.3

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben  
oder mit Schreibmaschine ausfüllen

\* Freiwillige Angabe, um auf direktem, zeit- und  
kostensparendem Weg zu kommunizieren, die  
jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen  
werden kann.

		<input type="radio"/> Erstzugang	<input type="radio"/> Abgang
		<input type="radio"/> Neuzugang	<input type="radio"/> Veränderung
		<input type="radio"/> Wiederzugang	<input type="radio"/> ohne Anlage
Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.	ZTD-Datum

Frau  Herr

akademische Titel: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Privatanschrift (wichtig, wird von der Kammer für die Korrespondenz benötigt): \_\_\_\_\_ Telefon: ( ) \_\_\_\_\_

Straße / Postfach: \_\_\_\_\_ Telefax: ( ) \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_  identisch mit Privatanschrift

(Dienststelle / Praxis / Firma) \_\_\_\_\_ Telefon: ( ) \_\_\_\_\_

Straße / Postfach: \_\_\_\_\_ Telefax: ( ) \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

Versandanschrift für Deutsches Tierärzteblatt:  identisch mit Privatanschrift  identisch mit Dienstanschrift

Straße / Postfach: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-mail:\*

Zuletzt Mitglied der Kammer: \_\_\_\_\_ Kammerbeitrag bezahlt bis Ende: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ EURO

Besteht eine weitere Mitgliedschaft bei einer anderen Kammer?  nein  ja, bei der Kammer: \_\_\_\_\_

Mitglied des Versorgungswerks: \_\_\_\_\_ Im neuen Kammerbereich tätig bzw. wohnhaft seit: \_\_\_\_\_

Hinweis: Zum Führen ausländischer akademischer Titel muß die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde nachgewiesen werden.

Tierärztliche Prüfung Datum: \_\_\_\_\_ an Hochschule: \_\_\_\_\_

Approbation Datum: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

Promotion Datum: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

Erlaubnis zur Ausübung des tierärztlichen Berufes: (nur für Tierärztinnen und Tierärzte ohne deutsche Approbation)

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

	Fachtierarztanerkennung Teilgebietsbezeichnung Zusatzbezeichnung (bitte ankreuzen)	Datum der Anerkennung:	Anerkennung durch die Tierärztekammer:	Datum der Ermächtigung zur Weiterbildung:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Ort und Datum)

(Unterschrift)