



LANDESTIERÄRZTEKAMMER BRANDENBURG
Müllroser Chaussee 50, 15236 Frankfurt (Oder)

Anmeldung bei der LTK Brandenburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage erhalten Sie die Meldeformulare für die Anmeldung in der Landestierärztekammer Brandenburg.

Beachten Sie bitte, dass die gemäß Meldeordnung geforderte Kopie der **Approbationsurkunde** von einer dienstsiegelführenden Stelle zu **beglaubigen** ist, weitere Kopien von Urkunden (z. B. Promotion, Fachtierarzt) sind in einfacher Kopie einzureichen. Die Beglaubigung kann für diesen Zweck jede dienstsiegelführende Stelle vornehmen.

Gemäß Beitragsordnung der LTK Brandenburg (s. Anlage) sind für die Einstufung in die Gruppen III und IV Nachweise zu erbringen (§ 3, Abs. 1).

Des Weiteren möchte ich Sie bitten, sich mit dem Versorgungswerk Mecklenburg-Vorpommern, Tel. 030 81600261, zwecks Klärung der Mitgliedschaft im Versorgungswerk in Verbindung zu setzen.

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung bitten wir um Mitteilung, ob die Aufnahme Ihrer E-Mail Adresse in den Newsletter-Verteiler erfolgen kann.

Mit freundlichen Grüßen

Landestierärztekammer
Brandenburg
Müllroser Chaussee 50
15236 Frankfurt (Oder)

Tel. 0335 28492848
Fax 0335 28492850
E-Mail: ltk-bbg@t-online.de
kontakt@ltk-brandenburg.de
www.ltk-brandenburg.de

Präsident:
DVM Hans-Georg Hurttig
Geschäftsführerin:
RAin Andrea Schulze

Bankverbindung:
Deutsche Kreditbank
IBAN: DE52 1203 0000 0018 1985 31
BIC: BYLADEM1001

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer-Meldebogen

- Erstzugang Abgang
- Neuzugang Veränderung
- Wiederzugang ohne Anlage

*) Angabe freigestellt

Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.	ZTD-Datum
------------	--------------	---------	-----------

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> 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: (Dienststelle/Praxis/Firma) identisch mit Privatanschrift

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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

