

Tierärztekammer-Meldebogen

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

*) Angabe freigestellt

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

<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	akademische Titel	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> divers		

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

(Ort und Datum)

(Unterschrift)