

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer-Meldebogen V 1.3

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 |

*) Angabe freigestellt

Kammer-Nr. 12	Kammer-Datum	ZTD-Nr.	ZDT-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)	<input type="checkbox"/> identisch mit Privatanschrift	Telefon *): ()
--	--	-----------------

Straße/Postfach	Telefax *): ()
-----------------	-----------------

PLZ:	Ort:	Kreis:
------	------	--------

Versandanschrift für Deutsches Tierärzteblatt:	<input type="checkbox"/> identisch mit Privatanschrift	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)