

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

# Tierärztekammer-Meldebogen

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <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.	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)  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)