

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer-Meldebogen V 1.3

- Erstzugang Abgang
- Neuzugang Veränderung
- Wiederzugang ohne Anlage

*) Angabe freigestellt

Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.		ZDT-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:
(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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Ort und Datum)

(Unterschrift)