

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer- meldebogen V 1.3

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben
oder mit Schreibmaschine ausfüllen

*) Angabe freigestellt

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

(Ort und Datum)

(Unterschrift)