

(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: \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_

Zuletzt Mitglied der Kammer: \_\_\_\_\_ Kammerbeitrag bezahlt bis Ende: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ DM

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"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	_____

(Ort und Datum)

(Unterschrift)