

Tierärztekammer- Meldebogen

Tierärztekammer Sachsen-Anhalt

- Erstzugang Abgang
 Neuzugang Veränderung
 Wiederzugang ohne Anlage

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/

identisch mit Privatanschrift

Praxis/Firma)

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Ort und Datum)

(Unterschrift)