

Tierärztekammer- Meldebogen V 1.3

Landestierärztekammer Thüringen

- Erstzugang Abgang
 Neuzugang Veränderung
 Wiederzugang 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="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)