

(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"/> <input type="radio"/> Wiederzug. <input type="radio"/>		
Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.		ZTD-Datum

Frau Herr Akademischer 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 Dienstanschrift

(Dienststelle/Praxis/Firma) _____ Telefon *): ()

Straße/Postfach: _____ Telefax *): ()

PLZ: _____ Ort: _____ Kreis: _____

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"/>	<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)

Absender:

(Titel, Vor- und Zuname)

Bayerische Landestierärztekammer
Bavariastr. 7a

80336 München

oder per Fax: 089 / 21 99 08 – 33
oder per e-mail: kontakt@bltk.de

Ermächtigung

Ich ermächtige die Bayerische Landestierärztekammer folgende - im Zusammenhang mit der Kammermitgliedschaft erhobenen - Daten von mir im Deutschen Tierärzteblatt zu veröffentlichen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Approbation**
(Titel, Vor- und Zuname, Geburtsort)
- Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des tierärztlichen Berufs**
(Titel, Vor- und Zuname, Angaben zu Dauer und Ort der Gültigkeit)
- Neu-/Wiederzugang**
(Titel, Vor- und Zuname, Adresse)
- Geburtstag**
(Geburtsdatum, Titel, Vor- und Zuname, Adresse)

Mir ist klar, dass diese Ermächtigung freiwillig ist.
Meine Ermächtigung zur Veröffentlichung kann ich jederzeit widerrufen.

Der Widerruf ist

per E-Mail zu richten an: kontakt@bltk.de
postalisch zu richten an: Bayerische Landestierärztekammer
Bavariastr. 7a
80336 München

Ort, Datum

Unterschrift