

Tierärztekammer-Meldebogen V 1.3

(wird durch die Kammer ausgefüllt)			
Landestierärztekammer Thüringen		<input type="checkbox"/> Erstzugang	<input type="checkbox"/> Abgang
		<input type="checkbox"/> Neuzugang	<input type="checkbox"/> Veränderung
		<input type="checkbox"/> Wiederzugang	<input type="checkbox"/> ohne Anlage
Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.	ZDT-Datum

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Akademische Titel	Staatsangehörigkeit	
Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname	

Privatanschrift (wichtig, wird von der Kammer für die Korrespondenz benötigt)

Straße, Hausnummer, Postfach		Telefon	Telefax	E-Mail
PLZ, Ort		Kreis		

Dienstanschrift (Dienststelle/Praxis/Firma) identisch mit Privatanschrift

Straße, Hausnummer, Postfach		Telefon	Telefax	E-Mail
PLZ, Ort		Kreis		

Versandanschrift für Deutsches Tierärzteblatt identisch mit Privatanschrift identisch mit Dienstanschrift

Straße, Hausnummer, Postfach, PLZ, Ort			E-Mail
----------------------------------------	--	--	--------

Zuletzt Mitglied der Kammer	Kammerbeitrag bezahlt bis Ende	in Höhe von	EURO
Besteht eine weitere Mitgliedschaft bei einer anderen Kammer?		bei der Kammer	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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 der 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
-----	-----	---------------------

	Fachtierarzt			
	Teilgebietsbezeichnung		Datum der Anerkennung	Anerkennung durch die Tierärztekammer
	Zusatzbezeichnung			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"/>	<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, Datum	Unterschrift
------------	--------------