



Tierärztekammer Meldebogen

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen

Tierärztekammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 10 07 23
47884 Kempen

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstzugang | <input type="checkbox"/> Abmeldung |
| <input type="checkbox"/> Neuzugang | <input type="checkbox"/> Veränderung |
| <input type="checkbox"/> Wiederezugang | <input type="checkbox"/> ohne Anlagen |

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Kammer-Nr.

Kammer-Datum

- Frau
 Herr

akademische Titel

Amtsbezeichnung

Staatsangehörigkeit

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

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

Telefon:

Straße/Postfach:

Telefax:

PLZ:

Ort:

Privat-E-Mail:

Dienstanschrift:
(Dienststelle/
Praxis/Firma)

identisch mit Privatanschrift

Telefon:

Straße/Postfach:

Telefax:

PLZ:

Ort:

Dienst-E-Mail:

Versandanschrift für das Deutsche Tierärzteblatt:

identisch mit Privatanschrift

identisch mit Dienstanschrift

Zuletzt Mitglied der Kammer:

Kammerbeitrag bezahlt bis Ende:

Höhe

Euro

Im neuen Kammerbereich **wohnhaft seit:** _____
(TT/MM/JJJJ)

tätig seit: _____
(TT/MM/JJJJ)

Besteht eine weitere Mitgliedschaft bei einer anderen Kammer? nein

ja, bei der Kammer:

Letzte tierärztliche Prüfung

Datum: _____

an Hochschule: _____

Approbation bitte beglaubigte Kopie beifügen

Datum: _____

Ort der Ausstellung: _____

Promotion¹

Datum: _____

Ort der Ausstellung: _____

Hinweis: Das Führen ausländischer akademischer Titel richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (www.anabin.de)

Erlaubnis zur Ausübung des tierärztlichen Berufes: (nur für Tierärztinnen und Tierärzte ohne deutsche Approbation)

von: _____

bis: _____

Ort der Ausstellung: _____

Fachtierarztanerkennung
 Teilgebietsbezeichnung
 Zusatzbezeichnung

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)