



# Tierärztekammer Meldebogen

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen

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

- Erstzugang       Abmeldung
- Neuzugang       Veränderung
- Wiederezugang       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: \_\_\_\_\_  identisch mit Privatanschrift

(Dienststelle/Praxis/Firma) \_\_\_\_\_ 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

Nachweis über Beitragszahlung beifügen!

Im neuen Kammerbereich **wohnhaf seit:** \_\_\_\_\_ **tätig seit:** \_\_\_\_\_

(TT/MM/JJJJ) (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: \_\_\_\_\_

Promotion<sup>1</sup> Datum: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

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

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

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fachtierarztanerkennung</li> <li><input type="checkbox"/> Teilgebietsbezeichnung</li> <li><input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung</li> </ul>	<p>Datum der Anerkennung: _____</p>	<p>Anerkennung durch die Tierärztekammer: _____</p>	<p>Datum der Ermächtigung zur Weiterbildung: _____</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

(Ort und Datum)

(Unterschrift)