



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

Nachweis über Beitragszahlung beifügen!

Im neuen Kammerbereich **wohnhaf 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)



Art der Tätigkeit

Gut lesbar in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen

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

- Erstzugang
- Neuzugang
- Wiederzugang
- Abmeldung
- Veränderung
- ohne Anlagen

Frau
Herr

akademischer Titel

Amtsbezeichnung

Nachname

Vorname

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:

Privat-E-Mail:

Dienst-E-Mail:

Praxisassistent/-in, angestellte/r Tierärztin/Tierarzt

seit

(TT/MM/JJJJ)

Praxisvertreter/-in

seit

(TT/MM/JJJJ)

Niedergelassene/-r (prakt.) Tierärztin/Tierarzt

seit

(TT/MM/JJJJ)

In Gemeinschaftspraxis mit

Gruppenpraxis mit

Rechtsform:

Behandelt werden überwiegend:

Nutztiere

Kleintiere

Pferde

sonstige

Sonstige selbständige Tätigkeit welche?

(Honorarbasis, Beratung, Consulting o. Ä.)

seit

(TT/MM/JJJJ)

Beamten/-er

seit

(TT/MM/JJJJ)

Angestellte/-r im öffentlichen Dienst

seit

(TT/MM/JJJJ)

Referendar/-in

seit

(TT/MM/JJJJ)

Veterinärverwaltungsdienst

Bund

Land

Kreis/Gemeinde

Institut/Amt/Anstalt

Bundesamt/-institut

Bundforschungsanstalt

Veterinär-/Landesuntersuchungsamt

Tiergesundheitsamt

Tiergesundheitsdienst

sonstiges Institut

Veterinärmedizinische Bildungsstätte

Andere Hochschule oder Universität

Schlachtier- und Fleischuntersuchung

Bundeswehr

Privatwirtschaft/Industrie

seit

(TT/MM/JJJJ)

angestellter Tierarzt

Pharmazeutische Industrie

Fleischwaren- und Lebensmittel

Futtermittelindustrie

Besamungsstation

Landwirtschaft

sonstige Industrie

Außendienst auch im Kammerbereich

seit

(TT/MM/JJJJ)

sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit

im Ausland tierärztlich tätig

Berufsfremde Tätigkeit, welche?

seit

(TT/MM/JJJJ)

ohne Berufsausübung

Arbeitslos

Im Ruhestand

Dokorand/ Hospitant ohne Entgelt

Elternzeit von:

bis:

Beschäftigungsverbot von:

bis:

Nebentätigkeit / zusätzliche Tätigkeit

seit

(TT/MM/JJJJ)

Praxis



Schlachtier- u. Fleischuntersuchung



Lbm.-Hygieneüberwachung



Privatwirtschaft/Industrie

§ 7 SchHaltHygV



Turnierbetreuung



instrumentelle Besamung



sonstige

(Ort und Datum):

(Unterschrift):



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000366278
Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): _____

Ich ermächtige die Tierärztekammer Nordrhein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tierärztekammer Nordrhein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname _____
(Druckbuchstaben)

Name des Geldinstituts _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl (BLZ) _____

IBAN (Bitte angeben) _____

BIC (Swift Code) (Bitte angeben) _____

Name des Kontoinhabers _____
(In Druckbuchstaben)

_____, Datum Unterschrift