



LANDESTIERÄRZTEKAMMER BRANDENBURG
Müllroser Chaussee 50, 15236 Frankfurt (Oder)

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend finden Sie die Unterlagen für die Anmeldung in der Landestierärztekammer Brandenburg.

Beachten Sie bitte, dass die gemäß Meldeordnung geforderte Kopie der Approbationsurkunde von einer dienstsiegelführenden Stelle zu **beglaubigen** ist, weitere Kopien von Urkunden (z. B. Promotion, Fachtierarzt) sind in einfacher Kopie einzureichen.

Gemäß Beitragsordnung der LTK Brandenburg (s. Anlage) sind für die Einstufung in die Gruppen III und IV Nachweise zu erbringen, andernfalls erfolgt die Einstufung in die Gruppe I (§ 3, Abs. 1). Nachweise sind z. B. Verdienstbescheinigungen, Arbeitsverträge, Arbeitslosengeldbescheinigungen oder eine eidesstattliche Erklärung.

Des Weiteren möchte ich Sie bitten, sich mit dem Versorgungswerk der LTK Mecklenburg-Vorpommern, Tel. 030 81600261, zwecks Mitgliedschaft in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Landestierärztekammer
Brandenburg
Müllroser Chaussee 50
15236 Frankfurt (Oder)

Tel. 0335 28492848
Fax 0335 28492850
E-Mail: ltk-bbg@t-online.de
kontakt@ltk-brandenburg.de
www.ltk-brandenburg.de

Präsident:
DVM Hans-Georg Hurttig
Geschäftsführerin:
RAin Andrea Schulze

Bankverbindung:
Deutsche Kreditbank
IBAN: DE 52 12030000 0018198531
BIC: BYLADEM1001

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer-Meldebogen

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 |

*) Angabe freigestellt

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):

Telefon *): ()

Straße/Postfach:

Telefax *): ()

PLZ:	Ort:	Kreis:
------	------	--------

Dienstanschrift:
(Dienststelle/
Praxis/Firma)

identisch mit Privatanschrift

Telefon *): ()

Straße/Postfach

Telefax *): ()

PLZ:	Ort:	Kreis:
------	------	--------

Versandanschrift für Deutsches Tierärzteblatt:

identisch mit Privatanschrift

identisch mit Dienstanschrift

Straße/Postfach:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

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="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)

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Art der Tätigkeit

*) Angabe freigestellt

- Neuzugang Abgang
 Wiederzugang Veränderung

- Frau
 Herr

akademische Titel

Geburtsdatum

Tätigkeit

Praxis-Nr.

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 :

Niedergelassene/-r (prakt.) Tierärztin/Tierarzt

in Einzelpraxis

seit

In Gemeinschaftspraxis Gruppenpraxis mit

Rechtsform:

Behandelt werden überwiegend:

Nutztiere

Kleintiere

Pferde

Kleintiere und Pferde

Nutztiere und Kleintiere

Nutztiere und Pferde

sonstige

Sonstige selbständige Tätigkeit; welche?

seit

Praxisvertreter/-in seit

Praxisassistent/-in bei

Beamtin/-er

Angestellte/-r

Privatwirtschaft/Industrie

seit

Referendar/-in

im öffentlichen Dienst

Veterinärverwaltungsdienst

seit

Bund

Land

Kreis/Gemeinde

Institut/Amt/Anstalt

Bundesamt/-institut

Bundesforschungsanstalt

Veterinär-/Landesuntersuchungsamt

Tiergesundheitsamt

Tiergesundheitsdienst

Sonstiges Institut

Veterinärmedizinische Bildungsstätte

Andere Hochschule oder Universität

Schlachtier- und Fleischuntersuchung

Bundeswehr

Pharmazeutische Industrie

Fleischwaren- und Lebensmittelindustrie

Futtermittelindustrie

Besamungsstation

Landwirtschaft

Sonstige Industrie

Außendienst auch im Kammerbereich:

Sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit

Im Ausland tierärztlich tätig

Berufsfremde Tätigkeit

welche?:

Ohne Berufsausübung

Arbeitslos

Im Ruhestand

Doktorand/Hospitant ohne Entgelt

Elternzeit

Nebentätigkeit/zusätzliche Tätigkeit

seit

Praxis

Schlachtier- u. Fleischuntersuchung

Lbm.-Hygieneüberwachung

Privatwirtschaft/Industrie

§ 7 SchHaltHygV

Turnierbetreuung

instrumentelle Besamung

sonstige

(Ort und Datum): _____

(Unterschrift): _____