

Tierärztekammer- Meldebogen

V 1.3

(wird durch die Kammer ausgefüllt)



Bayerische
Landestierärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Erstzugang Abgang
 Neuzugang Veränderung
 Wiederzugang ohne Anlage

Kammer-Nr.

Kammer-Datum

Mitglieds-Nr.

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	<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

identisch mit Privatanschrift

Dienststelle / Praxis / Firma			
Straße, Hausnummer, Postfach	Telefon	Telefax	E-Mail
PLZ, Ort		Kreis	

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

Im neuen Kammerbereich tätig bzw. wohnhaft seit

Hinweis: Das Führen ausländischer akademischer Titel richtet sich nach Art. 68 Abs. 1 des Bayerischen Hochschulgesetzes (BayHSchG)

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 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, Datum

Unterschrift

Art der Tätigkeit

(aktueller Stand)

(wird durch die Kammer ausgefüllt)



Bayerische
Landestierärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Neuzugang Abgang
 Wiedertzugang Veränderung

Frau Herr Divers Akademische Titel Geburtsdatum Tätigkeit Mitglieds-Nr.

Nachname Vorname

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

Straße, Hausnummer, Postfach Telefon Telefax E-Mail

PLZ, Ort Kreis

Dienstanschrift

identisch mit Privatanschrift

Dienststelle / Praxis / Firma

Straße, Hausnummer, Postfach PLZ, Ort

Telefon Telefax E-Mail Homepage

Niedergelassene/-r (prakt.). Tierärztin/Tierarzt seit
in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Gruppenpraxis mit Rechtsform

Behandelt werden überwiegend: Nutztiere Kleintiere Pferde
 Kleintiere und Pferde Nutztiere und Kleintiere Nutztiere und Pferde sonstige:

Praxisvertreter/-in seit **Praxisassistent/-in** bei seit

<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Referendar/-in <input type="checkbox"/> Angestellte/-r im öffentlichen Dienst seit	<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft / Industrie seit
<input type="checkbox"/> Veterinärverwaltungsdienst	<input type="checkbox"/> Pharmazeutische Industrie
<input type="checkbox"/> Bund	<input type="checkbox"/> Fleischwaren- u. Lebensmittelindustrie
<input type="checkbox"/> Land	<input type="checkbox"/> Futtermittelindustrie
<input type="checkbox"/> Kreis / Gemeinde	<input type="checkbox"/> Besamungsstation
<input type="checkbox"/> Institut / Amt / Anstalt	<input type="checkbox"/> Landwirtschaft
<input type="checkbox"/> Bundesamt / -institut	<input type="checkbox"/> sonstige Industrie
<input type="checkbox"/> Bundesforschungsanstalt	<input type="checkbox"/> Außendienst auch im Kammerbereich:
<input type="checkbox"/> Veterinär-/Landesuntersuchungs-a. (LGL)	<input type="checkbox"/> im Ausland tierärztlich tätig
<input type="checkbox"/> Tiergesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Berufsfremde Tätigkeit (Welche?)
<input type="checkbox"/> Tiergesundheitsdienst	<input type="checkbox"/> Doktorand / Hospitant mit Entgelt
<input type="checkbox"/> sonstiges Institut	<input type="checkbox"/> Doktorand / Hospitant ohne Entgelt
<input type="checkbox"/> Veterinärmedizinische Bildungsstätte	<input type="checkbox"/> ohne Berufsausübung
<input type="checkbox"/> Andere Hochschule oder Universität	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> Schlachtier- und Fleischuntersuchung	<input type="checkbox"/> im Ruhestand
<input type="checkbox"/> Bundeswehr	<input type="checkbox"/> Elternzeit

Sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit Welche? seit
 selbständig angestellt

Nebentätigkeit / zusätzliche Tätigkeit seit

<input type="checkbox"/> Schlachtier- u. Fleischuntersuchung	<input type="checkbox"/> Lbm.-Hygieneüberwachung	<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft / Industrie
<input type="checkbox"/> § 7 SchHaltHygV	<input type="checkbox"/> Turnierbetreuung	<input type="checkbox"/> instrumentelle Besamung
<input type="checkbox"/> sonstige		

Ort, Datum

Unterschrift

Absender:	Titel, Vorname, Name
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
Mitglieds-Nr. (falls bekannt)	

Bayerische Landestierärztekammer (BLTK)
Mitgliederverwaltung
Bavariastr. 7a
80336 München

E-Mail mitglieder@bltk.de, Fax 089 219908-33

Hinweise zum Datenschutz

Die Datenerhebung erfolgt nach Art. 4 Abs. 6 und 7 Heilberufe-Kammergesetz (HKaG) in Verbindung mit den §§ 3,4,5 und 6 der Meldeordnung der Bayerischen Landestierärztekammer (BLTK). Die Berufsvertretung erfüllt mit der Nutzung der Daten, auch der freiwillig mitgeteilten Daten, ihre gesetzlichen Pflichten aus Art. 2 HKaG.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zur Veröffentlichung im Deutschen Tierärzteblatt (DTBL)

Ich bin mit den folgenden Veröffentlichungen meiner Daten einverstanden. *Kreuzen Sie bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder frei.*

Approbation:	Titel, Vor- und Nachname, Geburtsort
Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des tierärztlichen Berufs:	Titel, Vor- und Nachname, Angaben zu Dauer und Ort der Gültigkeit
Neu- / Wiederzugang:	Titel, Vor- und Nachname, Adresse
Niederlassung:	Titel, Vor- und Nachname, Praxis-Adresse
Praxisänderung:	bisherige und künftige Praxisinhaber mit Titel, Vor- und Nachname, Praxis-Adresse
Praxisübergabe:	bisherige/r und künftige/r Praxisinhaber mit Titel, Vor- und Nachname, künftige Praxis-Adresse
Praxisaufgabe:	Titel, Vor- und Nachname, Praxis-Adresse

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder Fax an die BLTK übermitteln. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Absender:	Titel, Vorname, Name
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort

Mitglieds-Nr. (falls bekannt)

Bayerische Landestierärztekammer (BLTK)
Mitgliederverwaltung
Bavariastr. 7a
80336 München

E-Mail mitglieder@bltk.de, Fax 089 219908-33

Hinweise zum Datenschutz

Die Datenerhebung erfolgt nach Art. 4 Abs. 6 und 7 Heilberufe-Kammergesetz (HKaG) in Verbindung mit den §§ 3,4,5 und 6 der Meldeordnung der Bayerischen Landestierärztekammer (BLTK). Die Berufsvertretung erfüllt mit der Nutzung der Daten, auch der freiwillig mitgeteilten Daten, ihre gesetzlichen Pflichten aus Art. 2 HKaG.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zur Veröffentlichung im Deutschen Tierärzteblatt (DTBL)

Ich bin mit der folgenden Veröffentlichung meiner Daten einverstanden.

Kreuzen Sie bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie das Feld frei.

Geburtstage:

60, 65, 70, 75, ab dem 80. Geburtstag jeder folgende Geburtstag:

Geburtstag, Titel, Vor- und Nachname, vollständige Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder Fax an die BLTK übermitteln. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Absender:	Titel, Vorname, Name	
	Adresse	
	E-Mail	Tel-Nr. für Rückfragen

Mitglieds-Nr. (falls bekannt)

Bayerische Landestierärztekammer (BLTK)
 Mitgliederverwaltung
 Bavariastr. 7a
 80336 München

per Post Fax 089 219908-33 E-Mail mitglieder@bltk.de Sicheres Kontaktformular BayernPortal https://formularserver-bp.bayern.de/sichererKontakt?caller=0068059651111

Anmeldung bei der Bayerischen Landestierärztekammer

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie folgende Anmeldeunterlagen (*eine Beglaubigung der Urkunden ist nicht erforderlich*). Zutreffendes bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Tierärztekammer-Meldebogen
<input type="checkbox"/>	Art der Tätigkeit
<input type="checkbox"/>	Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Daten im DTBI
<input type="checkbox"/>	Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Geburtstagen im DTBI
<input type="checkbox"/>	Approbationsurkunde (Kopie) oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des tierärztlichen Berufs (Kopie)
<input type="checkbox"/>	Promotionsurkunde (Kopie)
<input type="checkbox"/>	Urkunden des im Ausland erworbenen Titels (Kopie der Originalurkunde und Kopie der englischen Übersetzung)
<input type="checkbox"/>	Fachtierarztanerkennungen, Teilgebietsbezeichnungen etc. (Kopien)

Ihre Nachricht:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------