

Sachb./in.: Kerstin Becker
Telefon: (06127) 90 75 17
Telefax: (06127) 90 75 717
E-Mail: kerstin.becker@ltk-hessen.de
Adresse: Bahnhofstr. 13, 65527 Niedernhausen

Anmeldung bei der Landestierärztekammer Hessen

Wir freuen uns Sie als Mitglied begrüßen zu können.

Mit Aufnahme Ihrer tierärztlichen Tätigkeit in unserem Zuständigkeitsbereich werden Sie gem. § 2 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes Pflichtmitglied der Landestierärztekammer Hessen. Mit der Kammerangehörigkeit einher geht die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der LTK Hessen.

Die Möglichkeit einer Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft zugunsten der jetzigen Versorgungseinrichtung besteht nicht mehr. Sofern Sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und von Ihnen bzw. für Sie an diese Versorgungseinrichtung noch nicht für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden, besteht für Sie die Möglichkeit, diese Beiträge an unser Versorgungswerk überleiten zu lassen. Ein entsprechender Antrag auf Überleitung ist schriftlich innerhalb einer Frist von sechs Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft bei der neu zuständigen Versorgungseinrichtung, bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen. Wenn Sie von der Möglichkeit der Beitragsüberleitung Gebrauch machen möchten, bitten wir Sie, die in Anlage beigefügten Formulare vollständig ausgefüllt (in 2-facher Ausfertigung) an uns zurückzusenden.

Mit Aufnahme einer entgeltlichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis besteht daneben einer Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung. Wir empfehlen Ihnen deshalb zur Vermeidung einer doppelten Pflichtmitgliedschaft, sich zugunsten des Versorgungswerkes der LTK Hessen befreien zu lassen. Dieser Antrag muss innerhalb **von 3 Monaten ab Arbeitsbeginn** bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin gestellt werden. Es besteht ansonsten eine Doppelversicherung mit zweifacher Beitragsverpflichtung. **Ab dem 1. Januar 2023** muss der Antrag auf Befreiung von der in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 i. V. m. § 6 Absatz 2 Satz 2 bis 7 SGB VI **zwingend elektronisch gestellt werden**. Die bisherigen Papieranträge werden ab dem 1. Januar 2023 von der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht mehr akzeptiert. Das elektronische Antragsformular finden Sie unter <https://www.e-befreiungsantrag.de/ebefreiung/#/?bvnumber=031>

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Sie tatsächlich Ihre Berufstätigkeit **in Hessen** ausüben. Sollte sich lediglich der Sitz Ihres Arbeitgebers in Hessen befindet, begründet dies keine Pflichtmitgliedschaft in der Landestierärztekammer Hessen.

Bitte senden Sie die angefügten Anmeldeunterlagen – **unter Beifügung einer beglaubigten Kopie der Approbationsurkunde**, und ggf. einer Kopie der Promotions- und Weiterbildungsurkunde **sowie einer Kopie des Arbeitsvertrages** – auf dem Postweg an die Geschäftsstelle der Landestierärztekammer Hessen zurück.

Wir möchten Sie abschließend darauf hinweisen,

- dass die Landestierärztekammer Hessen mit der HDI Lebensversicherung einen exklusiven Gruppenvertrag zum Vorteil ihrer Mitglieder im Bereich der Arbeitskraftabsicherung/ Berufsunfähigkeitsvorsorge geschlossen. Die LTK Hessen sieht die zusätzliche private Vorsorge als sinnvolle Ergänzung zum Versorgungswerk an. Weitere Rahmenverträge sind in den Bereichen Berufshaftpflicht- und Rechtsschutzversicherung geschlossen worden. Weiterführende Informationen finden Sie unter www.ltk-hessen.de.
- dass die LTK Hessen den elektronischen Versandweg bevorzugt und nur im Einzelfall den Postweg nutzt. Bitte tragen Sie daher auf dem Meldebogen Ihre E-Mailadresse ein.
- dass Sie nach § 6 der Berufsordnung verpflichtet sind, sich beruflich fortzubilden und dies der Kammer **auf Anforderung** nachweisen müssen.
- dass Sie verpflichtet sind der Kammer alle Tätigkeits- und Adressänderung anzuzeigen.

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten nach der DSGVO fügen wir der Anlage bei. Die Rechtsgrundlagen der LTK Hessen finden Sie unter www.ltk-hessen.de

Vielen Dank.

Bitte die nachfolgenden Formular

NICHT

doppelseitig ausdrucken!

Vielen Dank.

An die
Landestierärztekammer Hessen
Bahnhofstraße 13

65527 Niedernhausen

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Einwilligung

Die Landestierärztekammer Hessen ist nach § 2 Abs.3 des Hessischen Heilberufsgesetzes in Verbindung mit Art 6 Abs. 1 lit. c DSGVO ermächtigt, Daten zu erheben und zu speichern. Für die Landestierärztekammer Hessen gelten die Bestimmungen des Hessischen Datenschutzgesetzes und der DSGVO in der jeweils geltenden Fassung.

Der/die Unterzeichner/in willigt ein, dass die Landestierärztekammer Hessen darüber hinaus, die Adressdaten an die Versandstelle des Verlags des Deutschen Tierärzteblattes direkt oder indirekt weiterleitet und die sonstigen Daten der *Bundestierärztekammer e. V., Französische Straße 53, 10117 Berlin*, für wissenschaftliche Untersuchungen und statistische Erhebungen anonymisiert zu überlassen.

Die Landestierärztekammer Hessen ist ferner ermächtigt, meine Adressdaten an einschlägige Berufsverbände und tierärztliche Institutionen weiterzuleiten, sowie im Deutschen Tierärzteblatt zu veröffentlichen. Dies umfasst z. B.

- Anerkennung/Zuerkennung einer FTA- oder Zusatzbezeichnung*
- Praxiseröffnung*
- Verlust des Tierarztausweises*
- Geburtstage (ab dem 60ten Lebensjahr)*
- Weiterbildungsermächtigung*
- Praxisverlegung*
- Traueranzeige*

*** Nicht zutreffendes ggf. streichen**

Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte. Ich kann diese Einwilligung zudem jederzeit in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen.

(Datum)

(Unterschrift)

(Wird durch Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer-Meldebogen

V 1.3

*) Angabe freigestellt

		<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
Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.	ZTD-Datum

Frau Herr

Akademischer Titel: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

Privatanschrift (wichtig, wird von Kammer für Korrespondenz benötigt): _____ Telefon *): ()

Strasse / Postfach: _____ Telefax *): ()

PLZ: _____ Ort: _____ Kreis: _____

Dienstanschrift: _____ identisch mit Privatanschrift

(Dienststelle / Praxis / Firma) _____ Telefon *): ()

Telefax *): ()

Strasse / Postfach: _____

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 Kammer? nein ja, bei der Kammer:

Mitglied des Versorgungswerks: _____ Im neuen Kammerbereich **tätig bzw. wohnhaft seit:** _____

Tierärztliche Prüfung	Datum:	an Hochschule:
Approbation	Datum	Ort der Ausstellung:
Promotion	Datum	Ort der Ausstellung:

Wichtig, bitte ausfüllen

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

Von: _____ Bis: _____ Ort der Ausstellung: _____

Fachtierarztanerkennung	(bitte ankreuzen)	Datum der Anerkennung:	Anerkennung durch die Kammer:	Datum der Ermächtigung zur Weiterbildung:
Teilgebietsbezeichnung				
Zusatzbezeichnung				
<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

Seite 1 von 2 (bitte wenden)

- Neuzugang Abgang
 Wiederzugang Veränderung
Mitglied-Nr.:

Formular
Stand:
11/2021

*) Angabe freigestellt

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> 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 eigener Praxis) in Einzelpraxis seit _____

In Gemeinschaftspraxis* Gruppenpraxis* mit _____ * **Behandelt werden überwiegend:** _____

<input type="checkbox"/> Nutztiere	<input type="checkbox"/> Kleintiere	<input type="checkbox"/> Pferde	<input type="checkbox"/> sonstige	_____
<input type="checkbox"/> Kleintiere und Pferde	<input type="checkbox"/> Nutztiere und Kleintiere	<input type="checkbox"/> Nutztiere und Pferde	<input type="checkbox"/> Nutz-, Kleintiere und Pferde	_____

Geschäftsführer der Gesellschaft: seit _____

Sonstige selbständige Tätigkeit; welche? seit _____

Praxisassistent/-in bei: _____ seit _____

Behandlungsschwerpunkt welcher Tierart?* Nutztiere Kleintiere Pferde
* Mehrfachangaben möglich

Praxisvertreter/-in bei: _____ seit _____

Behandlungsschwerpunkt welcher Tierart?* Nutztiere Kleintiere Pferde
* Mehrfachangaben möglich

<input type="checkbox"/> Beamtin/-er	<input type="checkbox"/> Angestellte/-r
<input type="checkbox"/> Referendar/-in	im öffentlichen Dienst
<input type="checkbox"/> Veterinärverwaltungsdienst	seit _____
<input type="checkbox"/> Bund	_____
<input type="checkbox"/> Land	_____
<input type="checkbox"/> Kreis/Gemeinde	_____
<input type="checkbox"/> Institut/Amt/Anstalt	_____
<input type="checkbox"/> Bundesamt/-institut	_____
<input type="checkbox"/> Bundesforschungsanstalt	_____
<input type="checkbox"/> Veterinär-/Landesuntersuchungsamt	_____
<input type="checkbox"/> Tiergesundheitsamt	_____
<input type="checkbox"/> Tiergesundheitsdienst	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges Institut	_____
<input type="checkbox"/> Veterinärmedizinische Bildungsstätte	_____
<input type="checkbox"/> akademische Hilfskraft	_____
<input type="checkbox"/> wissenschaft. Mitarbeiter	_____

<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft/Industrie	seit _____
<input type="checkbox"/> Pharmazeutische Industrie	_____
<input type="checkbox"/> Fleischwaren- und Lebensmittelindustrie	_____
<input type="checkbox"/> Futtermittelindustrie	_____
<input type="checkbox"/> Besamungsstation	_____
<input type="checkbox"/> Landwirtschaft	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige Industrie	_____
<input type="checkbox"/> Außendienst im Kammerbereich: _____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit*	_____
<input type="checkbox"/> Im Ausland tierärztlich tätig	_____
<input type="checkbox"/> Berufsfremde Tätigkeit*	_____
welche?:* _____	
<input type="checkbox"/> Stipendiat	_____
<input type="checkbox"/> Doktorand/Hospitant ohne Entgelt	_____
<input type="checkbox"/> Beschäft.-Verbot/Mutterschutz/Elternzeit	_____

seit

seit

- Andere Hochschule oder Universität _____
- Schlachtier- und Fleischuntersuchung _____
- Bundeswehr _____

- Ohne Berufsausübung _____
- Arbeitslos mit Leistungsbezug _____
- Arbeitslos ohne Leistungsbezug _____

- Bezug von Krankengeld _____

- Im Ruhestand _____

Nebentätigkeit/zusätzliche Tätigkeit seit _____

Schlachtier- u. Fleischuntersuchung Lbm.-Hygieneüberwachung Privatwirtschaft/Industrie

§ 7 SchHaltHygV Turnierbetreuung instrumentelle Besamung sonstige **welche?** _____

(Ort und Datum): _____ (Unterschrift): _____

Kammerbeitrag

Für den jährlichen Kammerbeitrag werden **keine individuellen Beitragsbescheide** erstellt. Die Landestierärztekammer Hessen erlässt vielmehr eine Allgemeinverfügung in Form einer öffentlichen Zahlungsaufforderung, auf die im Deutschen Tierärzteblatt, sowie auf der LTK-Homepage, zum jeweiligen Jahreswechsel hingewiesen wird.

SEPA-Lastschriftmandat

Im Interesse aller Mitglieder möchten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich halten. Bitte nehmen Sie deshalb am Abbuchungsverfahren teil. Dies hat auch Vorteile für Sie:

- Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung, bis zum 31.01. des jeweiligen Beitragsjahres, erhalten Sie eine Ermäßigung des Kammerbeitrages von 10,- € für jedes volle Beitragsjahr.
- Der fällige Beitrag wird automatisch von Ihrem Konto abgebucht. Mahngebühren und sonstige Verwaltungskosten können nicht mehr entstehen.

Bitte beachten Sie, dass neue Lastschriftinzugsermächtigungen (SEPA-Basislastschrift) nur schriftlich oder elektronisch mit qualifizierter Signatur eingereicht werden dürfen.

Einwendungen nach § 4 Abs. 6

Einwendungen gegen die Beitragsberechnung sind nur zu berücksichtigen, wenn sie nach Bekanntgabe der öffentlichen Zahlungsaufforderung bis spätestens 31. Januar des Kalenderjahres in Textform vorgetragen werden.

Beitragsermäßigungen nach § 5 der Beitragsordnung

Auf schriftlichen Antrag kann der Beitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten oder wegen besonderer persönlicher Umstände oder wirtschaftlicher Notlage gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Der Antrag ist zu begründen und mit geeigneten Nachweisen zur Glaubhaftmachung zu versehen. Er muss bis 4 Wochen nach Eingang des Beitragsbescheides des jeweiligen Beitragsjahres bzw. zum 1. des folgenden Monats, in dem die Beitragspflicht begonnen hat, gestellt werden. Insbesondere wird:

1. der Jahresbeitrag für Mitglieder, die am Veranlagungsstichtag Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) bzw. Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) beziehen, auf den Beitrag gemäß § 2 (1) Ziffer 4. ermäßigt,
2. der Jahresbeitrag für Mitglieder der Beitragsgruppe gemäß § 2 (1) Ziffer 3., die monatlich ein Nettoeinkommen aus nichtselbständiger tierärztlicher oder berufsfremder Tätigkeit von weniger als 1.200 Euro beziehen, um die Hälfte des Regelbeitrags gemindert.

Über Anträge entscheidet der Vorstand.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandat)
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (SEPA Core Direct Debit Scheme)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
(Creditor name and adress)

Landestierärztekammer Hessen
Bahnhofstraße 13

65527 Niedernhausen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier):
DE74ZZZ00000541740



WICHTIG bitte ausfüllen:

Name und Anschrift des Kontoinhabers (Zahlungspflichtiger)
(Debtor name and address)

Mandatsreferenz:
(Mandatsreference): (complete by the creditor)

Ich/Wir ermächtige(n) die **Landestierärztekammer Hessen** wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Landestierärztekammer Hessen** auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

By signing this mandate form, you authorise (A) Landestierärztekammer Hessen to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Landestierärztekammer Hessen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Note: *As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.*

Verpflichtungsgrund (Typ of payment):

Kammerbeitrag, Gebühren

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) (account number debtor)

Straße, Hausnummer (Street name and number), PLZ, Ort (Postal code and city), Land (Country)

Kreditinstitut (Bank)

BIC1 (Swift BIC)

IBAN (Account number-IBAN)

Ort, Datum (Location, date)

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger (Signature(s) debtor)

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger
Execution for creditor

FORMBLATT

Angaben zur Person:

NAME: _____ **GEBURTSNAME:** _____

VORNAME: _____ **TELEFON:** _____

PRIVATANSCHRIFT: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

GEBURTSDATUM: _____ **GEBURTSORT:** _____

Datum des Beginns der tierärztlichen Tätigkeit in Hessen:

Dienstan-

schrift/Arbeitgeber: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Vorname der Ehefrau: _____ **Geburtsname:** _____

Vorname des Ehemanns: _____ **Geburtsname:** _____

Tag der Eheschließung: _____ **Geburtsdatum des Ehegatten:** _____

Angaben zur beruflichen Tätigkeit, Altersversorgung:

Welche Art von tierärztlicher Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

- | | | |
|-----|---|--|
| 1. | Praktiker/in: | <input type="checkbox"/> |
| | a) mit Fleischschau: <input type="checkbox"/> | b) ohne Fleischschau: <input type="checkbox"/> |
| 2. | Praxisvertreter/in: | <input type="checkbox"/> |
| 3. | sonstige selbständige Tätigkeit: | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ausschließlich in der Fleischschau tätig: | <input type="checkbox"/> |
| 5. | als Beamter/Beamtin: | <input type="checkbox"/> |
| 6. | als Angestellte/er: | <input type="checkbox"/> |
| 7. | als Angestellte/er (geringfügig beschäftigt): | <input type="checkbox"/> |
| 8. | als Doktorand/in: | |
| | a) mit Entgelt: | <input type="checkbox"/> |
| | b) ohne Entgelt: | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Freie/er Mitarbeiter/in: | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Hospitant/in: | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Stipendiat/in: | <input type="checkbox"/> |

Gehören Sie einer der nachstehend aufgeführten berufsständischen Versorgungseinrichtung an?

ja

nein

wenn ja, welcher?

Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte
und Tierärzte - Tübingen -:

Bayerische Ärzteversorgung - München -:

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern – Berlin -:

Tierärzteversorgung Niedersachsen - Hannover -:

Versorgungswerk der Tierärztekammer Nordrhein - Kempen -:

Versorgungswerk der Tierärztekammer Westfalen-Lippe - Münster -:

Sächsische Landestierärztekammer - Sächsische Ärzteversorgung - Dresden -:

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Thüringen – Berlin -:

sonstiges Versorgungswerk: _____

Wenn ja, wurde eine Beitragsüberleitung zum Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen beantragt?

ja

nein

_____, den _____

(Unterschrift)

Zutreffendes bitte ankreuzen

Überleitungsantrag

(Bitte in zweifacher Ausfertigung einreichen)

1. Personalien:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonisch zu erreichen unter der Nummer: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig? nein ja

2. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung:

Ich bin seit _____ in eigener Praxis niedergelassen.

Ich bin seit _____ berufstätig als _____

Arbeitgeber: _____

3. Mitgliedschaft in der bislang zuständigen Versorgungseinrichtung:

Ich war Mitglied im/der _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

vom _____ bis _____ Mitglieds-Nr.: _____

4. Antrag:

Ich beantrage hiermit, meine an die unter Nr. 3 genannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge / Versorgungsabgaben an die/das

_____ (neu zuständige Versorgungseinrichtung)

überzuleiten.

Ich versichere, daß ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und im Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig war.

Ort, Datum

Unterschrift

Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte abschließend unter

<https://www.e-befreiungsantrag.de/ebefreiung/#/?bvnumber=031>

den elektronischen Befreiungsantrag für
berufsständisch Versicherte ausfüllen!!