LTK HESSEN
Landestierärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Telefon: (06126) 92790 81
Telefax: (06126) 92790 99
E-Mail: kerstin.becker@ltk-hessen.de
Adresse: Ludwigstraße 1, 65510 Idstein

Anmeldung bei der Landestierärztekammer Hessen

Wir freuen uns Sie als Mitglied begrüßen zu können.

Durch Aufnahme Ihrer tierärztlichen Tätigkeit in unserem Zuständigkeitsbereich sind Sie gem. § 2 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes Mitglied der Landestierärztekammer Hessen geworden.

Jeder, der bei seiner Tätigkeit die während des veterinärmedizinischen Studiums erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten verwertet, übt den tierärztlichen Beruf aus. Dabei muss es sich nicht zwingend um eine Erwerbstätigkeit handeln. Die Feststellung gilt deshalb auch für unbezahlte Doktoranden, Hospitanten usw.

Mit der Kammerangehörigkeit einher geht die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der LTK Hessen. Da die Erstellung einer Dissertation oder die Tätigkeit als Hospitant oder Praktikant tierärztliche Tätigkeit im Sinne der Satzung des Versorgungswerks darstellt, sind alle Doktoranden, Hospitanten und Praktikanten Pflichtmitglieder. Mitlieder ohne Einkünfte aus tierärztlicher Tätigkeit werden auf Antrag von der Entrichtung des Mindestbeitrags an das Versorgungswerk befreit. Dieser Antrag ist mit der Anmeldung zu stellen. Sollten Sie ein Stipendium erhalten, bitten wir um Übersendung einer Kopie des Stipendienvertrags.

Bitte senden Sie die angefügten Anmeldeunterlagen – **unter Beifügung einer beglaubigten Kopie der Approbationsurkunde und eventuell einer Kopie des Stipendienvertrags** – an die Geschäftsstelle der Landestierärztekammer Hessen zurück. *Aufgrund von etwaigen Post-Zustellungsproblemen, empfehlen wir die Übersendung auf dem elektronischen Weg vorzunehmen, ausschließlich als *pdf-Format.*

Hinweis: Auf Wunsch stellen wir Ihnen gerne einen Tierarztausweis gegen eine Verwaltungsgebühr i. H. v. 10,00 Euro aus. Auf die Anlage wird verwiesen.

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

N I C H T

doppelseitig ausdrucken!

Vielen Dank.

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 Januar des Kalenderjahres im Deutschen Tierärzteblatt und auf der LTK-Homepage 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 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 Lastschrifteinzugsermächtigungen (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. Bitte **zeigen Sie** etwaige **Tätigkeitsveränderung rechtzeitig** mit dem entsprechenden Formblatt **an**.

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
Ludwigstraße 1

65510 Idstein

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE74ZZZ00000541740 (CI/Creditor Identifier):

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**

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) *(account nummer 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)***

Hinweis:

Seit Einführung der Tierarztausweise im Scheckkartenformat ist kein Lichtbild mehr erforderlich. Dieser Ausweis ist in Verbindung mit dem Personalausweis auf Lebenszeit gültig. Die Verwaltungsgebühr beträgt 10,00 Euro. Die Herstellung des Ausweises erfolgt bei der Bundestierärztekammer e. V., Französische Str. 53, 10117 Berlin.

Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. C DSGVO. Verantwortlich für die Datenweitergabe ist die Landestierärztekammer Hessen. Im übrigen verweisen wir auf unsere Datenschutzerklärung auf der Webseite www.ltk-hessen.de

Landestierärztekammer Hessen
Frau Kerstin Becker
Ludwigstraße 1

65510 Idstein

oder per email: kerstin.becker@ltk-hessen.de

Abs.:

Akad. Titel, Vorname und Name

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Antrag auf Ausstellung eines Tierarztausweises
Einverständniserklärung

Bitte ausfüllen:

Amtsbezeichnung / Akad. Titel:	
Vorname / Nachname (muss mit dem Personalausweis übereinstimmen)	
Geburtsdatum / Geburtsort:	

Der/Die Unterzeichner/in hat zur Kenntnis genommen, dass eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 10,00 Euro fällig wird *(in bar oder Überweisung auf eines unserer Konten; siehe Fußzeile)* und dass der Ausweis nur begrenzt gültig ist, wenn eine vorübergehende Erlaubnis zur Ausübung des tierärztlichen Berufes gem. § 11 Bundestierärzteordnung vorliegen sollte.

Darüber hinaus bestätigt der/die Unterzeichner/in, dass ihm/ihr nicht durch eine andere (Landes-)Tierärztekammer bereits ein Tierarztausweis (im Scheckkartenformat) ausgestellt wurde.

Ort / Datum

Unterschrift

LTK HESSEN
Landestierärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

(Wird durch Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer-Meldebogen V 1.3

*) Angabe freigestellt

		☐ Erstzugang	☐ Abgang		
		☐ Neuzugang	☐ Veränderung		
		☐ Wiederzugang	☐ ohne Anlage		
Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.		ZTD-Datum	

☐ männl. ☐ weibl. ☐ divers

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	Wichtig, bitte ausfüllen	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 Kammer:	Datum der Ermächtigung zur Weiterbildung:
☐ ☐ ☐				
☐ ☐ ☐				
☐ ☐ ☐				

(Ort und Datum) (Unterschrift)

Art der Tätigkeit

Formular
Stand: 08/2024

*) Angabe freigestellt

Seite 1 von 2 (bitte wenden)

☐ Neuzugang ☐ Abgang
☐ Wiederzugang ☐ Veränderung
Mitglied-Nr.:

☐ männl. ☐ divers
☐ weibl.

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:**

☐ Nutztiere ☐ Kleintiere ☐ Pferde ☐ sonstige
☐ Kleintiere und Pferde ☐ Nutztiere und Kleintiere ☐ Nutztiere und Pferde ☐ Nutz-, Kleintiere und Pferde

☐ **Geschäftsführer der Gesellschaft / Praxis-/Klinikleitung 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

☐ **Beamtin/-er** ☐ **Angestellte/-r** im öffentlichen Dienst
☐ **Referendar/-in**

- ☐ **Veterinärverwaltungsdienst** seit
  - ☐ Bund
  - ☐ Land
  - ☐ Kreis/Gemeinde
- ☐ **Institut/Amt/Anstalt**
  - ☐ Bundesamt/-institut
  - ☐ Bundesforschungsanstalt
  - ☐ Veterinär-/Landesuntersuchungsamt
  - ☐ Tiergesundheitsamt
  - ☐ Tiergesundheitsdienst
  - ☐ Sonstiges Institut
- ☐ **Veterinärmedizinische Bildungsstätte**
  - ☐ akademische Hilfskraft
  - ☐ wissenschaft. Mitarbeiter

☐ **Privatwirtschaft/Industrie** **seit**

- ☐ Pharmazeutische Industrie
- ☐ Fleischwaren- und Lebensmittelindustrie
- ☐ Futtermittelindustrie
- ☐ Besamungsstation
- ☐ Landwirtschaft
- ☐ Sonstige Industrie
- ☐ Außendienst im Kammerbereich: _____

- ☐ Sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit*
- ☐ Im Ausland tierärztlich tätig
- ☐ Berufsfremde Tätigkeit*

welche?:* _____

- ☐ **Stipendiat**
- ☐ **Doktorand/Hospitant ohne Entgelt**
- ☐ Beschäft.-Verbot/Mutterschutz/Elternzeit

seit **seit**

- ☐ **Andere Hochschule oder Universität** _____
- ☐ **Schlachttier- und Fleischuntersuchung** _____
- ☐ **Bundeswehr** _____
- ☐ Ohne Berufsausübung _____
- ☐ **Arbeitslos *mit* *Leistungsbezug*** _____
- ☐ **Arbeitslos *ohne* *Leistungsbezug*** _____
- ☐ Bezug von Krankengeld _____
- ☐ **Im Ruhestand** _____

☐ **Nebentätigkeit/zusätzliche Tätigkeit** **seit** _____

☐ Schlachttier- u. Fleischuntersuchung ☐ Lbm.-Hygieneüberwachung ☐ Privatwirtschaft/Industrie

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

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

BESCHEINIGUNG

Zur Vorlage bei der Landestierärztekammer Hessen
Ludwigstraße 1, 65510 Idstein

Für

_____

Hiermit wird bescheinigt, dass oben Genannte/r seit ..... als unbezahlte/r Doktorand/in in unserer Klinik / in unserem Institut betreut wird und keine Einkünfte aus tierärztlicher Tätigkeit erhält.

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel
Klinik / Institution

Mitgliedschaftserhebungsbogen

Angaben zur Person

Name (ggf. Akademischer Grad): _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet/verpartnert seit: _____

☐ geschieden ☐ verwitwet

Hinweise: Für telefonische erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetzt und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

Angaben zur beruflichen Tätigkeit

☐ Angestelltenverhältnis seit / ab (Vertragsbeginn / genaues Datum) _____

als _____

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

_____

Besteht eine Mehrfachbeschäftigung? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____

Wenn ja, im 2. Angestelltenverhältnis tätig als _____

bei (Arbeitgeber) _____

Bitte beachten Sie, dass für jede neue Beschäftigung innerhalb einer Frist von 3 Monaten ab Beschäftigungsbeginn elektronisch ein neuer Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen ist um eine Doppelversicherung zu vermeiden: https://www.e-befreiungsantrag.de/ebefreiung/#/?bvnumber=031

☐ geringfügige Beschäftigung / Minijob seit / ab _____
(bitte beachten Sie die Information zum Minijob auf unserer Homepage – bei Befreiung von der Rentenversicherungspflicht bitten wir um Vorlage des entsprechenden Nachweises)

☐ Niedergelassene/-r (prakt.) Tierärztin/Tierarzt seit / ab _____

☐ sonst. selbst. Tätigkeit (z.B. Praxisvertreter/freier Mitarbeiter) seit / ab _____

☐ Doktorand/in / Hospitant/in ohne Entgelt seit / ab _____
(Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft möglich – Antrag siehe Homepage des Versorgungswerks der LTK Hessen)

☐ Stipendiat/in seit / ab _____
(Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft möglich – Antrag siehe Homepage des Versorgungswerks der LTK Hessen)

☐ Beamter/Beamtin seit / ab _____
(Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen - bitte eine Kopie der Ernennungsurkunde beifügen)

☐ ohne tierärztliche Tätigkeit / arbeitslos seit / ab _____
(Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen)

☐ berufsfremde Tätigkeit seit / ab _____
(Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen – bitte Nachweis beifügen)

Hinweise: Für telefonische erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetzt und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme Ihrer beruflichen Tätigkeit in Hessen schon Mitglied in einer anderen Versorgungseinrichtung waren, bitten wir Sie, hier den Zeitraum der Mitgliedschaft sowie den Namen der Versorgungseinrichtung anzugeben

Versorgungseinrichtung _____

Mitgliedschaft von _____ bis _____

☐ Ich beantrage die Beitragsüberleitung zum Versorgungswerk der LTK Hessen

☐ Ja ☐ Nein

dortige Mitgliedsnummer: _____

Hinweis: eine Beitragsüberleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit im neuen Kammerbereich noch nicht vollendet ist. Die Überleitung kann binnen 6 Monaten nach Eintritt der Pflichtmitgliedschaft beantrag werden. Eventuelle bisher zur Deutschen Rentenversicherung geleisteten Beiträge können in keinem Fall übergeleitet werden. Eine Kopie des Erhebungsbogens darf zum Zwecke der Beitragsüberleitung an mein bisher zuständiges Versorgungswerk gesendet werden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Hinweise: Für telefonische erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetzt und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht im Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen gem. § 9 Abs. 1

Landestierärztekammer Hessen
-Versorgungswerk-
Ludwigstraße 1
65510 Idstein

Antragsteller/in: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht im Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen ab dem

_____

☐ Ich bin zurzeit Doktorand/in ohne Entgelt

☐ Ich bin zurzeit Hospitant/in oder Stipendiat/in (Bitte Bewilligungsbescheid beifügen)

Mit ist bekannt, dass ich mit dem Tag der Antragstellung auf mögliche Versorgungsansprüche gegenüber dem Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verzichte.

Darüber hinaus verpflichte ich mich, jede Veränderung mitzuteilen, die die Voraussetzungen für die Befreiung berührt (z.B. Abschluss der Promotion, etc.)

_____, den _____ _____
(Unterschrift Antragsteller/in)

_____, den _____ _____
(Unterschrift / Stempel von Institut, Klinik od. AG)

Antrag genehmigt: _____
(Dr. Sabine Tobies)
Vorsitzende des Verwaltungsrats

An die
Landestierärztekammer Hessen
Ludwigstraße 1

65510 Idstein

Absender:

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Einwilligung

Die Landestierärztekammer Hessen ist nach § 2 Abs.3 des Hessischen Heilberufsgesetztes 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)