

LTK Hessen • Bahnhofstraße 13 • 65527 Niedernhausen

Geschäftszeichen (im Antwortschreiben bitte angeben):

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.

Berufsangehörige die in Hessen wohnhaft sind, jedoch den tierärztlichen Beruf nicht ausüben, können nach der Satzung der Landestierärztekammer Hessen **freiwilliges Mitglied** werden. Eine Mitgliedschaft im Versorgungswerk der LTK Hessen ist momentan nicht möglich.

Wenn Sie eine tierärztliche Tätigkeit in Hessen aufnehmen, werden Sie gem. § 2 Abs. 1 des Heilberufsgesetze Pflichtmitglied der Landestierärztekammer Hessen. Mit einher geht die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der LTK Hessen.

Bitte senden Sie die beiliegenden Anmeldeformulare ausgefüllt und unterzeichnet — unter Beifügung **einer beglaubigten Kopie der Approbationsurkunde** — 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.

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
Bahnhofstraße 13

65527 Niedernhausen

oder per Telefax-Nr.: 06127-90 75 717
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

Bankverbindung:

ApoBank Düsseldorf

IBAN DE13 3006 0601 0101 241249

BIC (Swift Code) DAAEDED

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 Veranlagungstichtag 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

(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

männl. weibl. divers

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	(bitte ankreuzen)	Datum der Anerkennung:	Anerkennung durch die Kammer:	Datum der Ermächtigung zur Weiterbildung:
<input type="checkbox"/> Teilgebietsbezeichnung <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

(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

Beamten/-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

akademische Hilfskraft

wissenschaft. Mitarbeiter

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 _____
- 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): _____

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)