Absender:

_____

_____

_____

Bundesverband Praktizierender Tierärzte e.V.
Mitgliederverwaltung, Frau Walz
Hahnstr. 70
60528 Frankfurt

Für Ihre Rückantwort:
(069) 66 98 18 – 59 (Telefax) oder
eingescannt per E-Mail an
bpt.walz@tieraerzteverband.de

Studenten – Änderungsmitteilung

Geburtsdatum: _____ Geb.Ort: _____

☐ Namenswechsel: geb.: _____ Name neu: _____

☐ Approbation am: _____ Studienbeginn: _____
(bitte Approbationsurkunde beifügen) (Jahr)

☐ Promotion am: _____

Ich bin ☐ Student/in im ____ Semester an _____ bitte gültige Studienbesch. beilegen!

☐ Ich bitte um Umwandlung der Schnuppermitgliedschaft in die Mitgliedschaft für approbierte Tierärzte *
☐ Ich bitte um Kündigung der Schnuppermitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin*

* eines von beiden muss angekreuzt werden, wenn dieser Abschnitt ausgefüllt wird!

Ab / seit _____ bin ich tätig im Bereich:

☐ Kleintiere ☐ Schweine ☐ Rinder ☐ Pferde ☐ _____
☐ angestellte/r Tierärztin/Tierarzt ☐ Praxisvertreter/in ☐ Sonstiges: _____
☐ Praxisinhaber/in durch: ☐ Neugründung ☐ Übernahme ☐ Einkauf in best. Praxis

☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Gruppenpraxis ☐ Klinik
☐ Arbeitslos (bitte aktuelle AL-Bescheinigung beifügen)
☐ Doktorandin ohne eigenes Einkommen (bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung und Gehaltsnachweis beifügen)

☐ Adressenänderung neue Anschrift gültig ab / seit: _____

PRAXISANSCHRIFT		PRIVATANSCHRIFT	
alt:	_____	alt:	_____
	_____		_____
neu:	_____	neu:	_____
	_____		_____
Tel:	_____	Tel:	_____
Mobil:	_____	Mobil:	_____
Fax:	_____	Fax:	_____
E-Mail:	_____	E-Mail:	_____

_____ _____

Datum Unterschrift