



## Änderungsmeldung gem. § 10 Abs 4 TÄKamG

### 1. Stammdaten:

<b>Vorname:</b>		<b>TÄ Nr.:</b>	. . . . .
<b>Familienname:</b>		<b>Titel:</b>	
<b>Festnetz/Ordination:</b>		<b>Mobil/Ordination:</b>	
<b>Festnetz/Dienstort:</b>		<b>Mobil/Dienstort:</b>	
<b>Festnetz/privat:</b>		<b>Mobil/privat:</b>	
<b>E-Mail:</b>			
<b>Hauptwohnsitz:</b>			
<b>Zustelladresse:</b>			
<b>Rechnungsadresse:</b>			

### 2. Änderungsmeldung (zutreffendes bitte ankreuzen)

<b>Namensänderung*:</b>			
<b>Adressänderung:</b>		<input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Zustelladresse <input type="checkbox"/> Rechnungsadresse	
<b>zusätzlicher Titel**:</b>			
* bitte Heiratsurkunde beilegen (Kopie)			
** bitte entsprechende Nachweise beilegen			

<b>Berufssitz</b> (bei selbständiger Tätigkeit) <input type="checkbox"/> Anmeldung Krankenversicherung erfolgt bei: <input type="checkbox"/> GKK <input type="checkbox"/> SV d. gewerbl. Wirtschaft <input type="checkbox"/> Wiener Städtische <input type="checkbox"/> Abmeldung <input type="checkbox"/> Ummeldung/Verlegung	<b>ab:</b>		<input type="checkbox"/> eigene Praxis <input type="checkbox"/> Vertretung <input type="checkbox"/> Wohnsitztierarzt <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> sonstiges
<b>Adresse:</b>			
<b>Vertretung bei:</b>	Name	Adresse	
<b>Gemeinschaftspraxis mit:</b>	Name	Adresse	
<b>amtliche Beauftragungen***</b>	<input type="checkbox"/> SFU <input type="checkbox"/> BVD <input type="checkbox"/> IBR/IPV <input type="checkbox"/> sonstige:	<b>TGD/QGV Mitglied:</b>	<input type="checkbox"/> Bgld. <input type="checkbox"/> Kärnten <input type="checkbox"/> NÖ <input type="checkbox"/> OÖ <input type="checkbox"/> Slzbg. <input type="checkbox"/> Stmk. <input type="checkbox"/> Tirol <input type="checkbox"/> Vlbg. <input type="checkbox"/> QGV
*** bitte entsprechende Nachweise beilegen			



## Änderungsmeldung gem. § 10 Abs 4 TÄKamG

--

Beteiligung an einer Tierärztesgesellschaft iSd § 15 a TÄG

<b>Name der Gesellschaft:</b>		<b>ab:</b>	
<b>weitere Gesellschafter:</b>	1. 2. 3. 4.		
* Bitte Firmenbuchauszug beilegen			

<b>Dienstort</b> (bei unselbständiger Tätigkeit)	<b>ab:</b>		<input type="checkbox"/> kurative Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Anmeldung			<input type="checkbox"/> Amtstierarzt
<input type="checkbox"/> Abmeldung			<input type="checkbox"/> VUW halbtags*
<input type="checkbox"/> Ummeldung/Verlegung			<input type="checkbox"/> Akademikertraining
			<input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Institut / Tierarzt</b>			
<b>Adresse:</b>			
* Bestätigung über die Halbtagsbeschäftigung beilegen			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

für interne Vermerke: