

---

Anrede/Titel

---

Name/ Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

**Tierärztekammer Sachsen-Anhalt**  
**Körperschaft des öffentlichen Rechts**  
**Walter-Hülse-Straße 9**  
**06120 Halle (Saale)**

E-Mail: [poststelle@tk-st.de](mailto:poststelle@tk-st.de)

## **Ermächtigung zur Datenspeicherung und -weiterleitung**

Der/Die Unterzeichner/in ermächtigt hiermit die Tierärztekammer Sachsen-Anhalt, die im Zusammenhang mit der Kammermitgliedschaft erhobenen Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben zu speichern oder speichern zu lassen, die Adressdaten an die Versandstelle des Deutschen Tierärzteblattes direkt oder indirekt weiterzuleiten, sofern diese Datenverarbeitung nicht aufgrund gesetzlicher Grundlagen an sich zulässig ist.

Die Tierärztekammer Sachsen-Anhalt wird ferner ermächtigt, meine Adressdaten für einschlägige Berufsverbände und tierärztliche Institutionen weiterzuleiten.

Ich willige ein, dass mein Geburtstag zusammen mit meinem Namen im Deutschen Tierärzteblatt veröffentlicht wird.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift

**Ihre Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen und satzungsgemäßen Aufgaben der Tierärztekammer Sachsen-Anhalt gespeichert.**