

Anmeldeformular
Herzlich willkommen in der Tierarztpraxis Hadern!

Besitzer

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Patient

Tierart: _____ Rasse: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert Farbe: _____

Mikrochipnummer.: _____ EU-Ausweisnummer: _____

Vorerkrankungen: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Telefonbuch Sonstige: _____

Informationsservice

Ich bin damit einverstanden, dass ich im Rahmen der Gesundheitsvorsorge an fällige Termine (z.B. Impfungen) erinnert werde. Ja Nein

Ich wünsche zusätzlich aktuelle Informationen aus der Praxis für mich und mein Tier wie z.B.: Newsletter und Veranstaltungstermine in der Praxis: Ja Nein

Hiermit erkläre ich mich bereit jede tierärztliche Behandlung sowie Einkäufe in der Praxis und im Shop sofort zu bezahlen.

Ich zahle bar per EC-Karte

Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag zur Untersuchung, Beratung und Behandlung, bestätige die Richtigkeit der Angaben zur meiner Person und akzeptiere die Zahlungsbedingungen und Allgemeinen Geschäftsbedingungen (siehe Aushang).

Ort, Datum

Unterschrift des Besitzers