

Kleintierpraxis LindenVet

Eleonorenstr. 18

30449 Hannover

Tel: 0511 / 45 51 34

Anmeldeformular

TIERHALTER

Name _____

Vorname _____

Str./Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Geb.Datum _____

PATIENT 1

Name _____

Tierart _____

Rasse _____

Farbe _____

weiblich männlich

kastriert: ja nein

Geb.Datum _____

Täto/Chip _____

Tierkrankenversicherung/ OP-Versicherung: ja nein

Falls ja:

Gesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

PATIENT 2

Name _____

Tierart _____

Rasse _____

Farbe _____

weiblich

männlich

kastriert: ja

nein

Geb.Datum _____

Täto/Chip _____

Tierkrankenversicherung/ OP-Versicherung: ja

nein

Falls ja:

Gesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

Ich versichere, dass ich Halter der / des Tiere/s und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Kleintierpraxis LindenVet zu schließen. Falls ich nicht Halter der / des Tiere/s bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die anfallenden Kosten der Behandlung aufkomme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner o.a. Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich werde meine Rechnung unverzüglich und vollständig zu begleichen.

Im Falle der Nichtzahlung erfolgt die Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an die Dr. Duve Inkasso GmbH zwecks Inkasso oder Factoring.

Hannover, _____

Datum

Unterschrift