



ANMELDEFORMULAR

TierhalterIn

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Impferinnerung Post E-Mail

Tier

Name _____

Tierart _____

Rasse _____

Geb. am _____

Geschlecht weiblich kastriert
 männlich

Merkmale _____

Sind Allergien bzw. Unverträglichkeiten bei Ihrem Tier bekannt (z.B. Futtermittel, Medikamente)?

Sind chronische Krankheiten bei Ihrem Tier bekannt?

Dauermedikamente

- Ich zahle die entstehenden Kosten im Anschluss an jede Behandlung sofort in bar oder mit EC-Karte.
- Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Fuldata zu schließen.
- Ich bestätige die Richtigkeit meiner o.a. Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung meines Tieres.
- Die Datenschutzhinweise/Informationen gem. Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Deren Kenntnisnahme bestätige durch meine Unterschrift!

Ort, Datum

Unterschrift TierhalterIn