

ANMELDUNG

Besitzer

Vorname _____
Name _____
Straße _____
PLZ _____
Wohnort _____
Telefon privat _____
Telefon mobil _____
E-Mail _____

Patient

Name _____
Tierart _____
Rasse _____
Fellfarbe _____
Geschlecht männlich
 weiblich
 kastriert/sterilisiert
Geburtstag/Alter _____
Chip-Nr _____
Gewicht _____



Tierärztliche Praxis an der Parkvilla

Dr. Georg Grüning
Fachtierarzt für Kleintiere
Augenheilkunde

Hofenfelsstr. 14
66482 Zweibrücken

Tel: 06332 568388
Fax: 06332 568389
tierarzt-gruening@gmx.de

Wir bitten um Verständnis, dass wir **Behandlungen nur gegen sofortige Bezahlung** (Bar, EC-Karte, Kreditkarte) vornehmen!

Kurzfristige Änderungen bzw. Kostenerstattungen beispielsweise durch Versicherungen oder Tierschutzvereine müssen individuell mit dem behandelnden Tierarzt vor Behandlungsbeginn besprochen werden.

Falls Sie nicht der Eigentümer des Tieres sind, brauchen wir Ihre Unterschrift zusätzlich bzw. stattdessen, da Sie bei dem Tierarztbesuch der Auftraggeber sind!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung meines Tieres.

Unterschrift

Datum