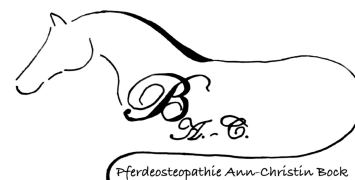


Behandlungsvertrag



Für meine Kundenkartei erbitte ich folgende Angaben:

Name des Auftraggebers/Halters: _____

Rechnungsadresse: _____

Email: _____ Tel.: _____

Name des Pferdes: _____

Geb. Datum: _____

Rasse: _____

Adresse des Stalls: _____

Vorerkrankungen: _____

Behandlungsvertrag und Datennutzung

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Behandlung zu schließen. Ich versichere, dass ich Willens und in der Lage bin die entstehenden Kosten per Überweisung zu begleichen. Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln und ebenfalls die entstehenden Kosten zu begleichen.

Falls ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, muss dieser bis min. 48h vorher abgesagt werden, ansonsten werden 100% der Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

Ich bin damit einverstanden, dass wir per E-Mail unverschlüsselt kommunizieren und Rechnungen auf dieser Basis verschickt werden.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen. Ich willige ein, dass mich Frau Ann-Christin Bock telefonisch und schriftlich (E-Mail, Post, WhatsApp, SMS, etc.) über die mich betreffende Terminplanung informiert.

Datum/Unterschrift: _____

Ann-Christin Bock / Am Schloßgarten 14 / 36132 Eiterfeld

Mobil: 0172/7429470 / pferdeosteopathie-ab@gmx.de / www.pferdeosteopathie-ab.de