

ANMELDEFORMULAR FÜR NEUE KUNDEN

Willkommen in der Tierklinik Vöcklabruck!

TIERBESITZER:

Nachname: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Fax: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Vorbehandelt: _____

Überwiesen von: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ich möchte in die Blutspenderliste aufgenommen werden (ja/nein) *: _____

*Hiermit gestatte ich der Tierklinik Vöcklabruck jederzeit anzurufen, falls ein anderes Tier aufgrund eines lebensbedrohlichen Notfalls Blut benötigen sollte. Ihr Haustier sollte ein männliches oder weibliches kastriertes nachkommenloses und gesundes Tier zwischen 1-10 Jahren sein mit einem Mindestgewicht von 30 kg (Hund)/ 4,5 kg (Katze). Das Blutspenden ist nur alle 3 Wochen möglich.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres bin oder im Auftrag des Tierhalters handle und die aus der Behandlung entstehenden Kosten unmittelbar nach der Behandlung in bar oder per Bankomat/Kreditkarte bezahlen werde.

Ich versichere, dass ich nicht zahlungsunfähig bin und dass ich mich weder in einem Verbraucherinsolvenz- noch in einem Konkursverfahren befinde.

PATIENT:

Name: _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Kastriert (ja/nein): _____

Aktuelles Gewicht: _____

Haarkleidfarbe: _____

Chipnr./Tätowierung: _____

Datum, Ort

Unterschrift