

Aufnahmeschein

Tierarzt Wiesentheid

Praxis und Tagesklinik für Kleintiere

Besitzer: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail (falls Impferinnerung gewünscht): _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Name: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Kastriert: ja nein geboren am _____

Chip Nr.: / Tätowierung Nr.: _____

Besondere Merkmale: _____

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und beauftrage Sie mit der Untersuchung bzw. Behandlung meines Tieres und versichere Ihnen, dass ich hierzu berechtigt bin.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach der Untersuchung meines Tieres die anfallenden Behandlungskosten in **bar** oder mit **EC-Karte** begleichen muss.

Der Tierarzt-Klienten-Vertrag kommt durch Auftrag und Zusage in mündlicher, schriftlicher oder elektronischer Form bzw. das Vorstellen des Tieres sowie durch die mündliche Annahme des Auftrages oder den Beginn der tierärztlichen Untersuchung zustande.

Ich habe vom Inhalt der Allgemeinen Geschäftsbedingungen Kenntnis genommen.

Datum: _____ Unterschrift: _____