

Willkommen in der Tierarztpraxis Dr. Gerhard Seifert

Zur Erfassung Ihrer Daten bitte ich Sie um die folgenden Angaben:

Besitzer

Name:		Volljährig?	
Vorname:			
Straße:			
Wohnort:			
Telefon:			
Mobil:			

Haustierarzt: _____

Patient (Zutreffendes markieren)

Name:					
Tierart:					
Rasse:					
w / m :	weiblich	männlich	kastriert:	ja	nein
geboren:			Allergien:		
geimpft:	ja	nein	wann:		

Bitte weitere Patienten auf der Rückseite angeben!

Laut unseren Zahlungsbedingungen, die auch im Rahmen von Notdiensten Geltung haben, werden Medikamente und Leistungen sofort und tagesgleich nach der Behandlung entrichtet. Für den Fall, dass ausnahmsweise nicht sofort gezahlt wird, versichert der/die Unterzeichner(in), dass er/sie nicht zahlungsunfähig ist, dass er/sie die Eidesstattliche Versicherung über seine/ihre Zahlungsunfähigkeit nicht geleistet hat und dass kein gerichtliches Mahnverfahren, keine Lohnpfändung oder Ähnliches gegen ihn/sie anhängig ist.

Der/Die Unterzeichner(in) versichert die Richtigkeit seiner/ihrer Angaben und das obiger Text gelesen und verstanden wurde.

Datum Unterschrift