

Angaben zum Besitzer

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Geb. Datum: _____ E-Mail/Fax: _____
Telefon: _____ Mobil: _____

Angaben zum Tier

Name: _____ Rasse: _____
Geschlecht: m mk w wk
Alter: _____ Geb. Datum: _____
Farbe: _____
Chip-Nr.: _____ EU-Heimtierpass Nr.: _____

Ich habe die Datenschutzgrundverordnung gelesen, verstanden und bin damit einverstanden. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass meine Daten und die des Tieres, an Dritte (wie z.B. Labor, HIT- Datenbank, oder Pathologie...) im Zuge der Behandlung oder EU-Ausweis Ausstellung weitergeleitet werden.
Ich bin mir dessen bewusst, dass ich unverzüglich nach jeder erbrachten tierärztlichen Leistung/ jedem erhaltenen Medikament/ Futtermittel etc. diese in Bar oder EC zu bezahlen habe.
Ebenfalls bestätige ich die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten.

Datum:

Unterschrift: