

Anmeldeformular für das Erbringen tierärztlicher Leistungen

Sehr geehrte Pferdebesitzerin, sehr geehrter Pferdebesitzer,

Sie beauftragen uns mit der Untersuchung und Behandlung Ihres Pferdes/Ihrer Pferde. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre Daten in Verbindung mit einem Datenschutz-Infoblattes mit einer Datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung (siehe gesondertes Formular).

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

Besitzer/in

Name:	Vorname:	
Straße / Nr.:	PLZ / Wohnort:	
Telefon privat:	Mobiltelefon:	
e-Mail Adresse:	Geburtsdatum:	

Patient:

Name:	Rasse:	
Farbe:	Geburtsdatum:	
Geschlecht: Stute <input type="checkbox"/> Wallach <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/>	Gewicht	

Unsere erbrachten Leistungen rechnen wir nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) ab. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass die Abrechnung über die Verrechnungsstelle bfs health finance GmbH durchgeführt wird.

Ich versichere, dass ich Besitzer des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Besitzer des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und meine Zustimmung.

Ort, Datum

Unterschrift Tierbesitzer/in