

Aufnahmeformular

Tierhalter:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Tierdaten:

Name: _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Geburtstag: _____

Geschlecht/Kastration: _____

Vorerkrankungen/Medikamente: _____

Mit den AGB der Tierarztpraxis Wagrien GbR erkläre ich mich einverstanden.

Die Bezahlung der Behandlungen erfolgt

in bar

per EC

Unterschrift: _____