



**Anmeldeformular** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

**Angaben zum Tierhalter**

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Straße:
PLZ/Ort:	Telefonnummer:
Email:	Handy-Nummer:

**Angaben zum Tier**

Name Ihres Tieres:	Tierart (Hund, Katze, Heimtier?):
Rasse: Fellfarbe:	Geburtsdatum:
Geschlecht: männlich ( ) weiblich ( ) männlich-kastriert ( ) weiblich-kastriert ( )	Gewicht:
Mikrochip-Nummer:	EU-Pass-Nummer:

Die tierärztlichen Leistungen werden gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) abgerechnet. Bei uns haben Sie die Möglichkeit **in bar** ( ) oder **per EC-Karte** ( ) zu bezahlen. Gerne informieren wir Sie vor Beginn einer Behandlung über die zu erwartenden Kosten.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierärztlichen Praxis Dres. med. vet. B. Plath und L. Mohr zu schließen. Ich bestätige die Richtigkeit meiner o. a. Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres. Ich genehmige, dass an vor- oder nachbehandelnde Tierärzte Befunddaten weitergegeben werden dürfen.

(Hinweis nach § 33 BDSG: Daten werden elektronisch gespeichert.)

Ort, Datum

Unterschrift