

VOLLMACHT

(bitte gut leserlich in Druckbuchstaben)

Hiermit bevollmächtige ich

VOLLMACHTGEBER:

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

BEVOLLMÄCHTIGTER:

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

mich gegenüber der KLEINTIERKLINIK ETTLINGEN, Hertzstr. 25, 76275 Ettlingen zu vertreten.

MEIN TIER:

Name

Geburtsdatum

Tierart

Rasse

Geschlecht

Chip-/Kennzeichnungsnummer

Der Bevollmächtigte ist zum Empfang sämtlicher Erklärungen der Kleintierklinik ermächtigt.

Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- Die Vorstellung des Tieres
- Das Ausfüllen und Unterschreiben des Aufnahmeformulars
- Die Abgabe sämtlicher datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärungen
- Die Entscheidung über Behandlung und Therapie des Tieres
- Den Abschluss kostenpflichtiger Behandlungsverträge sowie alle weiteren (kostenpflichtige) Handlungen, die im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung des Tieres stehen.

Ich verpflichte mich als Vollmachtgeber, sämtliche dafür anfallenden Kosten in vollem Umfang zu tragen.

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten

Ort, Datum

TIERÄRZTLICHES ZENTRUM LAUTERSACK GMBH . DR. OLIVER LAUTERSACK

Hertzstr. 25 . 76275 Ettlingen . T 07243 77 9 77 . info@kleintierklinik-ettlingen.de . www.kleintierklinik-ettlingen.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank . BIC DAAEEDXXX . IBAN DE67 3006 0601 0048 8142 02

Handelsregisternummer HRB 754431 . Amtsgericht Mannheim . UstID DE454134631 . Steuernummer 31195/22750