



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 LAUTERSACK HOLDING GMBH, 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

LAUTERSACK HOLDING GMBH . DR. OLIVER LAUTERSACK

Hertzstr. 25 . 76275 Ettlingen . T 07243 77 9 77 . F 07243 30 88 0 . info@kleintierklinik-ettlingen.de . www.kleintierklinik-ettlingen.de

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

Steuernummer 31193/36214 . HRB 746867 Amtsgericht Mannheim