

Angaben zum Besitzer

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon, Privat	
Telefon, Geschäft	
Telefon, Handy	
Email	
Impferinnerung erwünscht (bitte ankreuzen):	<input type="checkbox"/> Nein danke <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> per E-Mail
Privattierarzt	

Angaben zum Tier

Name	
Tierart	
Rasse	
Geburtsdatum	
Geschlecht	Kastriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chipnummer	
Fellfarbe	
Freigang? (bei Katzen)	
Spezialfutter/Diätetik?	

Ist Ihr Tier versichert? ja nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die **vetplace AG**

- ohne weitere Rückfragen Auskunft erteilen darf an Versicherungen, andere Fachinstitutionen (Privattierärzte, Überweisungskliniken, Tierspitäler) und Ämter
- Ihre Erlaubnis hat, Ihr Tier zu untersuchen und die Behandlung einzuleiten
- Sie vollumfänglich über Behandlungsoptionen, diagnostische Möglichkeiten sowie anfallende Kosten aufklären wird. Bei Unklarheiten verpflichten Sie sich, umgehend bei uns nachzufragen.

Bitte beachten Sie unsere Zahlungsmodalitäten:

- Direkte Barzahlung (bar oder mit Karte) für Rechnungsbeträge bis CHF 700.-
- Bei Beträgen > CHF 700.- Anzahlung von 700.-. Der Restbetrag kann in Absprache mit dem behandelnden Arzt in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift
