

Anmeldeformular

Herzlich willkommen in unserer Praxis!



Tierbesitzer:

Frau Herr Familie Firma

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Tier:

Name: _____ Tierart: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich Rasse: _____

Kastriert: Ja Nein Farbe: _____

Geb.-Datum: _____ **oder** Alter: _____

Tattoo: rechtes Ohr: _____ linkes Ohr: _____

Chip-Nr.: _____

Möchten Sie eine **Impferinnerung** von uns per Post erhalten? Ja Nein

Wir erlauben uns, alle Leistungen und Medikamente sofort nach jeder Behandlung abzurechnen. Sie können entweder in **Bar** oder per **EC-Karte** bezahlen.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum, Unterschrift: _____

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*

Internet Werbung Kühler Krug Empfehlung (Freunde/Familie/Bekannte)

Facebook Werbung Edeka Rees Sonstiges: _____

*Optional