

Anmeldeformular

Herzlich willkommen in unserer Praxis!



Frau Herr Familie Firma

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.- / Handynr.: _____

E-Mail:* _____

Beruf:* _____

Tier:

Name: _____ Tierart: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich Rasse: _____

Kastriert: Ja Nein Fellfarbe: _____

Geb.-Datum: _____ oder Alter: _____

Tattoo: rechtes Ohr: _____ linkes Ohr: _____

Chip-Nr.: _____

Möchten Sie von uns an die **jährliche Impfung** Ihres Tieres erinnert werden?

Ja, per Postkarte Ja, per E-Mail (bitte gültige E-Mailadresse angeben)

Nein, ich möchte keine Impferinnerung erhalten

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 Empfehlung (Freunde/Familie/Bekannte) Facebook Werbung Edeka Rees

Sonstiges: _____

*Optionale Angabe