

Anmeldeformular für die
Kleintierpraxis Joachim Wortmann
Im Lonscheid 11D
58135 Hagen

Patientenbesitzer

Name, Vorname: _____ Geb.: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Tel./Mobil: _____ Beruf: _____

Patient

Name: _____ Art/Rasse: _____
Geschlecht: _____ Kastriert: Nicht Kastriert:
Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Farbe: _____

Worauf müssen wir bei Ihrem Tier achten? (Krankheiten, Allergien, Verhaltensauffälligkeiten etc.) :

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? : _____

Überwiesen von: _____

Zahlungsweisen:

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass die Zahlung auf Rechnung in unserer Praxis nur in Ausnahmen durchgeführt wird.

Sie können bar oder per EC – Karte bezahlen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle gemachten Angaben der Wahrheit und Richtigkeit entsprechen und das hier aufgeführte Tier auch Ihres ist.

Unterschrift: _____

Datum: _____

