



Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Seedorf

Dr. Gunda Heffe & Simone Beuschel
Dorfstr. 18 – 24589 Borgdorf – Seedorf
Tel.: 0 43 92 – 91 40 29
Fax: 0 43 92 – 91 40 28
Email: info@seedorfpferd.de

Behandlungsauftrag

Am wurde uns durch folgende Person

Nachname: _____ Vorname: _____
Straße/Nr.: _____ PLZ _____ Ort: _____
Tel. privat: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____ Geb.Datum.: _____

der Auftrag erteilt, die Behandlung des folgenden Pferdes durchzuführen.

Pferd:

Name: _____ Rasse _____
Geb-Datum: _____ Geschlecht: ♀ ♂ ♂

Wichtig: Pferd ist im Equidenpass zur Schlachtung bestimmt: Ja Nein

Stall/Standort: _____

Bisher behandelnder Tierarzt _____

Auftraggeber ist auch Besitzer. abweichender Besitzer. (bitte um tel. Rücksprache!)

Der oben genannte Auftraggeber verpflichtet sich hiermit durch seine Unterschrift für die Behandlungskosten aufzukommen.

Diese sind sofort vor Ort in bar oder mit EC-Karte zu begleichen, soweit keine anderen Vereinbarungen vorab geschlossen wurden.

Rechnungen können nicht an andere gestellt werden!

Hierzu benötigt es eine Vollmacht der/des Pferdebesitzers/-in bzw. anderen Rechnung Empfänger. (mindestens telefonisch und Angabe der persönlichen Daten)

.....
Datum/Unterschrift Auftraggeber

.....
Tierärztin