



## Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Seedorf

Simone Beuschel & Dr. Corinna Strübing

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: o Ja o Nein**

Stall/Standort: \_\_\_\_\_

Bisher behandelnder Tierarzt \_\_\_\_\_

O Auftraggeber ist auch Besitzer.       O 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