

Anmeldeformular



Tierklinik Neustädter Bucht

I. Tierhalter / Überbringer des Tieres

Name / Vorname:	Tel. Festnetz:
Geburtsdatum:	Tel. Mobil:
Anschrift Straße, Nr.: PLZ, Ort:	Email:

Kiekebusch 52
23730 Neustadt in Holstein
Tel. 04561 16626
Fax 04561 16638

www.tierklinik-neustadt.com
info@tierklinik-neustadt.com

**Bitte vereinbaren Sie mit uns
telefonisch einen festen Termin.
So verkürzen Sie die Wartezeit.**

Offene Sprechzeiten
Montag - Freitag: 10 - 12 Uhr
15 - 18 Uhr
Samstag: 10 - 12 Uhr

Notfallrufnummer außerhalb
der Öffnungszeiten
0160 97 95 42 82

II. Tier / Patient

Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Art / Rasse:	Mikrochip / Tätowierung:
Geburtsdatum:	Kastriert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Farbe:	Gewicht:

IBAN



Die Tierklinik Neustädter Bucht ist
zertifiziert als
„Gute Veterinärmedizinische Praxis“.

Krankenversicherung (Gesellschaft / Nr.): _____

Regelmäßige Medikamente: _____

Vorerkrankungen: _____

III. Tierärzte

Haustierarzt / Vorbehandler _____ Überweisung? Ja Nein

IV. Zahlungsmodalitäten

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir unmittelbar nach der Behandlung abrechnen. Die Abrechnung erfolgt nach der GOT (Gebührenordnung für Tierärzte) in der jeweils gültigen Fassung. Bitte wählen Sie Ihre bevorzugte Zahlungsweise. Bei dem Bezahlwunsch „Raten / Rechnung“ erfolgt die Abrechnung über die tierärztliche Verrechnungsstelle (BFS health finance GmbH). Diese Bezahlart setzt u.a. eine positive Bonitätsprüfung voraus. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie einer Bonitätsprüfung zu. Bitte beachten Sie die zusätzlichen Hinweise und Bedingungen unter § 4 der Allgemeinen Behandlungsbedingungen.

Barzahlung Zahlung mit EC-Karte / PIN Kreditkarte Raten / Rechnung über BFS

V. Behandlungsauftrag

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und bestätige mit der nachstehenden Unterschrift, dass ich Halter des Tieres und /oder berechtigt bin, den Behandlungsauftrag zu erteilen. Für die entstehenden Kosten hafte ich gegenüber der Anicura Bielefeld GmbH selbstschuldnerisch. Eine Abschrift der Allgemeinen Behandlungsbedingungen der Anicura Bielefeld GmbH habe ich erhalten, erkenne Sie an und erteile hiermit den Behandlungsauftrag.

Neustadt, den _____ Unterschrift _____

Hinweis nach § 33 BDSG: Ihre Daten werden elektronisch erfasst und gespeichert.

Es gelten unsere Allgemeinen Behandlungsbedingungen (AGB), einzusehen und zum Download unter www.tierklinik-neustadt.com