

VOLLMACHT ZUR VORLAGE BEI DER KLEINTIERKLINIK DR. FRANK

Angaben zum |zur Vollmachtgeber|-in (Geb.-Datum zur Identifikation / Rechnungslegung erforderlich)

Verein / Behörde / Firma

Name Vorname Geburtsdatum

Strasse PLZ Wohnort

Telefon privat Telefon dienstlich Mobile

E-Mail

Angaben zum |zur Bevollmächtigten (Geb.-Datum zur Identifikation / Rechnungslegung erforderlich)

Name Vorname Geburtsdatum

Strasse PLZ Wohnort

Angaben zum Patienten

Name des Tieres Tierart/Rasse Geburtsdatum

Identifizierung/Tättoonummer Farbe Gewicht

männlich weiblich kastriert / sterilisiert? Bei Katzen: Freigänger? ja nein

Dient das Tier einem wirtschaftlichen Nutzen oder zur Lebensmittelgewinnung?

Ja; Nutzung als Lebensmitteltier Zucht Nein

Tierkranken- oder OP-Versicherung ja nein weiss ich nicht

Haustierarzt: Überweisender Tierarzt

Anschrift Anschrift

Welchen Dritten dürfen wir telefonisch oder persönlich Auskünfte erteilen? (ohne nähere Angaben erteilen wir nur Ihnen Auskünfte)

Haustierarzt Überweisender Tierarzt Bitte keine Information weitergeben!

Ehegatte/Partner (Name, Geb.-Datum)

Sonstige (Name, Geb.-Datum)

.....X
Datum Unterschrift Vollmachtgeber|-in

Erklärungen des|der Vollmachtgebers|-in

Hiermit bevollmächtigte ich den/die oben bezeichneten Bevollmächtigte|-n, die Kleintierklinik Dr. Frank mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen und der damit verbundenen Anwendung von Medikamenten und/oder Verbrauchsgütern für sämtliche in meinem Eigentum befindliche Tiere zu beauftragen bzw. in meinem Namen meine Tiere bzw. Abgabemedikamente, Futter- und Futterzusatzmittel für meine Tiere zu meinen Lasten abzuholen.

Ich versichere, dass ich voll geschäftsfähig und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Kleintierklinik Dr. Frank zu schliessen. Die Informationen zu notwendigen tierärztlichen Schritten, dem Risiko, der Prognose und den voraussichtlichen Kosten gelten nach Mitteilung an den/die Bevollmächtigte|-n in demselben Mass als erteilt, als wären mir diese Informationen selbst erteilt worden.

Ich versichere zudem, dass der/die Bevollmächtigte in meinem Namen und ausdrücklichen Auftrag handelt. Ich werde für die entstehenden Kosten aus der Behandlung, der Anwendung oder Abgabe von Verbrauchsgütern, Medikamenten, Futter- und Futterzusatzmitteln aufkommen.

Ich befreie die Kleintierklinik Dr. Frank gegenüber dem/der Bevollmächtigten von der tierärztlichen Schweigepflicht bzw. den Geheimhaltungsverpflichtungen der EU- Datenschutz-Grundverordnung.

Der/die Bevollmächtigte wird den Patientenaufnahmeschein in meinem Namen und Auftrag ausfüllen und die Angaben und Erklärungen entsprechen meinem ausdrücklichen Einverständnis.

Diese Vollmacht kann jederzeit durch den|die Vollmachtgeber|-in widerrufen werden.

Die Vollmacht ist, falls sie nicht widerrufen wird, ab dem Unterschriftsdatum für 12 Monate gültig.

Schlussbestimmungen für den Dienstleistungsvertrag

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Freiburg als Gerichtsstand an.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrags unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

Mit den unten abgegebenen Unterschriften bestätigen die Unterzeichnenden die Richtigkeit ihrer Personalien sowie ihrer Angaben.

Der|die Vollmachtgeber|-in bestätigt mit seiner|ihrer Unterschrift die Inhalte und Erklärungen dieser Vollmacht.

Der|die Bevollmächtigte bestätigt mit seiner|ihrer Unterschrift das Einverständnis mit der Annahme dieser Vollmacht.

Ort, Datum

Unterschriften:

Vollmachtgeber X Bevollmächtigter X

Beauftragte|-r Personalausweis-Nr.: gültig bis:
Ausgestellt durch:.....