



PRAXIS FÜR
KLEINTIERMEDIZIN

Name: **Vorname:** **Titel:**

Strasse: **Haus Nr:**

PLZ: **Wohnort:**

E-Mail: o **Telefon:**

Angaben zum Tier:

Name:

Tierart: **Rasse:**

Geschlecht: **Geburtsdatum:**

Mein Tier hat: **Op Versicherung**

Kranken Versicherung

Ich zahle bar oder mit EC Karte

Ich möchte über bfs bezahlen

Mein Geburtsdatum ist (Pflichtangabe!)