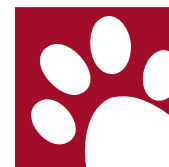


Vollmacht



Hiermit bevollmächtige ich:

Vorname, Name:

Geboren am:

Wohnhaft in:

Frau / Herr

Vorname, Name:

Geboren am:

Wohnhaft in:

mich gegenüber der Tierärztlichen Praxis für Kleintiere Dr. Sommer Radschat & Kollegen zu vertreten.

Die Vollmacht berechtigt Frau / Herr Informationen über den Zustand meines Tieres zu erhalten und Entscheidungen zu Therapie, diagnostischen Maßnahmen (CT, MRT, Ultraschall, Laboruntersuchungen) und einer schmerzlosen Erlösung (Euthanasie) zu treffen.

Diese Vollmacht ist gültig bis auf Widerruf durch den/die vollmachtgebende Person.

Ort und Datum

Unterschrift vollmachtgebende Person

Ort und Datum

Unterschrift bevollmächtigte Person

Tierärztliche Praxis an der Aller

Biermannstraße 28
29221 Celle
Tel. 05141 36707
info@tieraerzte-celle.de
www.tieraerzte-celle.de



TIERÄRZTLICHE PRAXIS
AN DER ALLER