TIERKLINIK
LÜNEBURG

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Vorname, Name _____
Geboren am _____
Wohnhaft in _____

Frau / Herrn

Vorname, Name _____
Geboren am _____
Wohnhaft in _____

mich gegenüber der Tierklinik Lüneburg zu vertreten.

Diese Vollmacht berechtigt Frau / Herrn _____ 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/n.

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift Vollmachtgeber/in

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift Bevollmächtigte/r

Tierärzte IVC Evidensia GmbH
Stadtkoppel 5c-9
21337 Lüneburg
USt-ID: DE332910001

HRB 254053
Amtsgericht München
Geschäftsführer:
Jens Peter Klatt, Heiner Langbehn

HypoVereinsbank
BIC: HYVEDEMMXXX
IBAN: DE18 7002 0270 0046 5236 36
Steuernummer: 143/186/51966

Kontakt
0 41 31 / 55 12 5
mail@tierklinik-lueneburg.de
www.tierklinik-lueneburg.de