

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