



FO Vollmacht PB

Formular

Status: freigegeben
 ID: 3230
 Verantwortliche/r:
 Koepe, Nancy -

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

Bearbeiter/in: Langer, Anna	Prüfer/in: Arndt, Carolin	Freigeber/in: Remien, Dirk	Seite 1 von 1
Datum: 16.12.2020	Datum: 16.12.2020	Datum: 16.12.2020	Revision: 001/12.2020
Pfad: Dokumente/Abteilungen/Anmeldung/			