



PFERDEKLINIK

Mühlen

Dr. H. Steinmann · Dr. A. Görgens · Dr. M. Harland

Pferdeklinik Mühlen · Münsterlandstraße 42 · 49439 Mühlen

Informationsformular

Der Unterzeichnende

Name/Vorname

Adresse/PLZ/Stadt/Land

USt-Id.-Nr. (falls vorhanden)

Telefon/Fax

E-mail

ist Besitzer Bevollmächtigter des Besitzers _____

des folgenden Pferdes

Name/Abstammung

Lebensnummer/Chipnummer

Geb.-Datum

Geschlecht

Rasse

Angefragte Leistung:

Stallgeld (20,00 €/Tag) Ovum Pick Up/ICSI Embryotransfer

Zwillings-Punktion Anderes _____

Hengst mit dem ICSI in Italien gemacht wird: _____

Ich erkläre, dass ich ausführlich und gründlich durch einen verantwortlichen Tierarzt/Mitarbeiter der Pferdeklinik Mühlen über das erforderliche Prozedere der angefragten tierärztlichen Leistung aufgeklärt wurde. Dies beinhaltet auch erforderliche zu verabreichende Medikamente und mögliche Risiken. Ich beauftrage die Pferdeklinik Mühlen die oben angekreuzte tierärztliche Leistung durchzuführen und erkläre mich damit einverstanden, dass die Pferdeklinik Mühlen für keine eventuellen, an dem oben benannten Pferd, entstehenden Schäden durch die Prozedur an sich verantwortlich gemacht werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

Fachtierärzte für Pferde & Reproduktionsmedizin

Dr. Holger Steinmann M. 0171 604 0441

Dr. Alexandra Görgens M. 0170 245 9027

Dr. Malte Harland M. 0170 324 0536

Bankverbindung:

Volksbank Lohne-Mühlen

IBAN DE42 2806 2560 0007 5612 00

BIC GENODEF1LON

Ust. Id.Nr. DE 336349601

Steuer-Nr. 68 218 06105

Gerichtsstand: Mühlen