



ADATLAP

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy az alábbi űrlap olvasható, **NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL** történő kitöltésével segítse munkánkat, hogy adatait az Önnel való kapcsolattartás érdekében pontosan tudjuk rendszerünkben rögzíteni.

Az adatokat kórházunk kizárólag a **beteg azonosíthatósága** és a gazdival való **kommunikáció** érdekében tárolja. Reklám célokra azokat **nem** használja, harmadik félnek ki nem adja, tekintet a tulajdonos beleegyezése nélkül másnak **nem** engedélyez.

TULAJDONOS

Név: _____

Cím: _____

Telefonszám: _____

E-mail cím: _____

ÁLLAT

Név: _____

Faj: kutya  macska  egyéb: _____

Fajta: _____

Nem: _____ Ivartalanított: igen nem

Születési idő: _____

Mikrochip szám: _____

A tulajdonos/kapcsolattartó telefonszáma az esetleg sürgős kapcsolatfelvétel érdekében fontos. Főleg műtétes vagy kórházi kezelésre felvett betegek esetében elengedhetetlen. A telefonszámot a mikrochip adatbázisban történő regisztráció miatt is célszerű (és szükséges) megadni. Számváltozást minden esetben kérjük szíveskedjenek jelezni felénk.

Az e-mail cím megadása azért szükséges, hogy esetleges kiegészítő (elsősorban laboratóriumi) vizsgálatok leletét, amik többnyire a beteg vizsgálata után készülnek el, el tudjuk juttatni Önnek.

A Budapesti Állatkórház szolgáltatásai díjkötelesek. Az árakról a kifüggesztett tájékoztató, és honlapunk vonatkozó része ad tájékoztató információt, de kérjük, hogy minden esetben érdeklődjön a várható költségekről állatorvosunknál is. A szolgáltatás díját a kezelés, vizsgálat elvégzése után közvetlenül kell fizetni készpénzben vagy bankkártyával. Banki átutalással történő számlarendezésre, utólagos részletfizetésre sajnos nincs lehetőség. Az állategészségügyi szolgáltatás díjáról nyugtát állítunk ki. Biztosítási vagy egyéb hivatalos ügyintézés, céges elszámolás stb. esetén úgynevezett áfás számlára lehet szükség. Kérjük az áfás számla igényt minden esetben fizetéskor szíveskedjen előre jelezni. Utólagosan sajnos nem áll módunkban visszamenőleg ilyen számlát kiállítani. A páciensekről fénykép, filmfelvétel készülhet. Ezeket, a tulajdonos adatai nélkül, a kórház oktatási és demonstrációs célokra felhasználhatja.

A fentiek tudomásulvételét aláírással igazolom.

Budapest, _____ (dátum)

Aláírás: _____