

Formulaire d'inscription

Vétérinaire référant:

Propriétaire:

Nom: _____ Prénom: _____

Rue, Nr.: _____

CP, Commune: _____

Natel: _____ Tél: _____

Date de naissance: _____

E-Mail: _____

Je désire mon rapport radiologique par: E-Mail Poste

En l'absence du propriétaire: Informations de la personne accompagnant l'animal

Nom: _____ Prénom: _____

Rue, Nr.: _____

CP, Commune: _____

Natel/Tél.: _____

Patient

Nom: _____ Race: _____

Date de naissance: _____

Sexe: mâle / female castré/e? OUI / NON

Mode de Paiement

EC/ Maestro Carte de crédit/ Visa/ Master Postcard en espèces

Déclaration de consentement

Je soussigné reconnais et accepte que les frais en relation avec la visite chez Vetimage seront facturés et seront réglés tout de suite par le moyen de paiement indiqué ci-dessus.

Date _____ Signature _____