

Formulario di registrazione**Veterinario di contatto:**

Proprietario: _____

Cognome: _____ Nome: _____

Via, Nr.: _____

CAP, Paese: _____

Natel: _____ Telefono: _____

Data di nascita: _____

E-Mail: _____

Rapporto del radiologo per il proprietario per: E-Mail Posta

In caso di assenza del proprietario: Generalità della persona rappresentante

Cognome: _____ Nome: _____

Via, Nr.: _____

CAP, Paese: _____

Natel/Telefono: _____

Paziente

Nome: _____ Razza: _____

Data di nascita: _____

Sesso: maschio / femminile castrato/ sterilizzato? SÍ / NO

Metodo di pagamento EC/ Maestro Carta di credito/ Visa/ Master Postcard contanti**Dichiarazione**

Con la presente acconsento all'emissione di una fattura per i costi generati, che regolerò immediatamente con il metodo di pagamento sopra indicato.

Data _____ Firma _____