

ZGODA NA LECZENIE STACJONARNE

Wyrażam zgodę na leczenie stacjonarne w klinice weterynaryjnej SKVet z siedzibą przy ulicy Stabłowickiej 109B we Wrocławiu, zobowiązuję się pokryć w całości wszelkie związane z nim koszty oraz akceptuję regulamin szpitala i obowiązuje w klinice cennik towarów i usług.

Dane właściciela:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
Adres email	

Dane zwierzęcia:

Imię	
Nr chipa / tatuaż	
Gatunek	
Rasa	
Wiek	
Płeć	

Data i podpis:

**UPOWAŻNIENIE DO POZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA
ORAZ JEGO ODBIORU ZE SZPITALA**

Ja niżej podpisany/a, upoważniam wskazaną niżej osobę do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz jego odbioru ze szpitala

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
Adres email	

Data i podpis: