

CLINICA VETERINARIA ANGEL /REGISTRO DEL CLIENTE

Se requiere que el dueño de la mascota pague todas las cuotas de los servicios veterinarios en el momento que se realicen.

Se acepta EFECTIVO, CHEQUE, VISA, MASTERCARD, DICOVERY y CREDIT CARE

Nombre del dueño _____ Nombre del cónyuge _____
 Apellido Nombre Apellido Nombre

Dirección física: _____
 Número calle ciudad código postal

Dirección de correo (si es diferente) _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Número de licencia de manejo _____ Fecha de nacimiento _____

Lugar de trabajo _____ Teléfono de trabajo _____

Lugar trabajo del cónyuge _____ Teléfono de trabajo _____

Email _____

1 nombre de mascota _____ 2 nombre de mascota _____ 3 nombre de mascota _____

(Encierre en un círculo) canino felino otro canino felino otro canino felino otro

Raza _____

Color _____

Sexo (F/M) _____ (F/M) _____ (F/M) _____

Esterilizado/castrado sí no sí no sí no

Fecha de nacimiento ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Firma del dueño _____ Fecha _____

Si usted no es el dueño del animal, por favor llene esta parte

Persona que representa al animal para el tratamiento _____

Dirección completa de la misma persona _____
 Apellido Ciudad Nombre Código postal

Teléfono _____ Relación con el dueño hijo hija pareja otro _____

Firma _____ Fecha _____

ACUERDO DE RETENCIÓN

El dueño arriba mencionado (ya sea uno o más) del animal que ahora o de aquí en adelante será retenido en la Clínica veterinaria Angel, bajo esta orden, entiende que, en cualquier momento, y cuando el hospital así lo considere apropiado notificará por correo certificado a la dirección arriba escrita para recoger al animal del hospital. Se está de acuerdo que después de siete días de la notificación, el animal será considerado abandonado y será sacado como el hospital lo decida. Siendo así, la persona que arriba firmo no será liberado de las obligaciones de pago de los servicios prestados por el hospital y todos los cargos correspondientes.