Vollmacht

zur direkten Abrechnung mit der Pferde-OP-Versicherung

Ich bevollmächtige hiermit die
Tierärztliche Praxis für Pferdezahnheilkunde Jana Zedelius,
Heckkatenweg 2 in 21033 Hamburg
zur direkten Abrechnung mit meiner Pferde-OP-Versicherung.
Ich bestätige hiermit alle nicht durch die Versicherung beglichenen
Rechnungsposten umgehend zu begleichen.

Frau/Herr Vorname Nachname

Strasse/Hausnummer PLZ/Ort

Geburtsdatum/-Ort Pferdename

Name der Versicherung Versicherungsnummer

Art der OP Datum der OP

Datum Ort Unterschrift Pferdebesitzer