



Vollmacht

zur direkten Abrechnung mit der Pferde-OP-Versicherung

Ich bevollmächtige hiermit die
Tierärztliche Praxis für Pferd Zahnheilkunde Jana Zedelius,
Flagredder 24, 21521 Wohltorf
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