Ветеринарная помощь "Лапоус"

ФЛП Таранов С.Ю.

**КАРТА РЕГИСТРАЦИИ**

**АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

**Дата:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО клиента:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Телефон:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Животное:**

кличка: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**       вид: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_   порода: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

пол: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**        возраст (или дата рождения): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я подтверждаю, что обладаю всеми правами на вышеуказанное животное.

С требованиями закона «О защите персональных данных» ознакомлен и даю согласие на обработку персональный данных.

Своей подписью подтверждаю, что ознакомлен(на) и согласен(на) с Правилами предоставления ветеринарных услуг в амбулатории ветеринарной медицины "Лапоус", а также с вышеуказанной информацией.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

                     (подпись,                 ФИО Владельца животного)

**Врач:** Таранов С.Ю.