

Gdańsk,

(Data)

Trójmiejska Klinika Weterynaryjna 24h

Prosimy o wypełnienie formularza DRUKOWANYMI literami.

SKIEROWANIE: TAK NIE

(NAZWA LECZNICY / NAZWISKO LEKARZA)

DANE OPIEKUNA / WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA:

MIEJSCOWOŚĆ:KOD POCZTOWY:

TELEFON KONTAKTOWY:

ADRES E-MAIL:

SKĄD SIĘ PAN / PANI DOWIEDZIAŁA O NASZEJ KLINICE:

POLECENIE FACEBOOK / INSTAGRAM GOOGLE / WWW

WETERYNARZ Z ULICY INNY

DANE PACJENTA:

IMIĘ:

GATUNEK: PIES KOT KRÓLIK GRYZOŃ INNY

RASA: MAŚĆ (kolor):

PŁEĆ: SAMIEC SAMICA KASTRAT STERYLIZOWANA

DATA URODZENIA: WAGA:

AGRESYWNY: NIE TAK

LEKARZ PROWADZĄCY ZWIERZĘ:

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych zgodnie z art.12 ust. 1-2 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE L 119, s.1)

TAK Wyrażam zgodę na otrzymywanie powiadomień związanych z leczeniem zwierzęcia lub zabiegami profilaktycznymi na podany numer telefonu.

TAK Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości e-mail związanych z leczeniem zwierzęcia na podany adres e-mail.

Administratorem danych osobowych jest:
Trójmiejska Klinika Weterynaryjna Sp. Z O. O.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a, iż podanie danych jest całkowicie dobrowolne oraz że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych i ich poprawiania. Jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową realizacji usługi.

Data.....Podpis.....

(Data i podpis właściciela / opiekuna zwierzęcia)