



## Abtretungserklärung

Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Schadensnummer: \_\_\_\_\_

*(falls schon vergeben, bitte angeben)*

Tierhalter:in: \_\_\_\_\_

Tiername: \_\_\_\_\_

Hiermit veranlassen wir die direkte Abrechnung der entstandenen Behandlungs- bzw.-OP-Kosten über die oben genannte Versicherung. Die Rechnungen werden angefügt.

Die Informationen zum Datenschutz der Tierklinik Posthausen sind an der Anmeldung für alle Kunden:innen erhältlich. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen direkt bei der Tierklinik widerrufen werden. Weitere Details finden Sie in unserem Dokument Informationen zum Datenschutz.

Ich habe die Information zum Datenschutz der Tierklinik Posthausen gemäß Art. 13 DSGVO erhalten und bin damit einverstanden, dass Sie meine persönlichen Daten bis auf Widerruf an Dritte weitergeben dürfen.

Der/die Tierhalter:in erklärt sich hiermit einverstanden

\_\_\_\_\_  
*(Ort, Datum, Unterschrift Tierhalter:in)*

\_\_\_\_\_  
*(Ort, Datum, Unterschrift Tierklinik Posthausen)*