



Bergsåkers Hästklirik

Var vänlig att fylla i denna blankett vid ert första besök på
kliniken och lämna den i receptionen

Betalningsansvarig

Namn _____

Person/Orgnr _____

Adress _____

Postnr _____

Postadress _____

Telefonnr _____

Hästens uppgifter

Hästens namn _____

Regnr _____

Född _____

Ras _____

Kön _____

Försäkringsbolag _____

Försäkringsnr _____

Önskas Direktreglering Nej ☐ Ja ☐ (avgift 137 kr tillkommer)