

Anmeldeformular/Vertrag zum Präventionsprogramm

Hiermit möchte ich verbindlich folgende Pferde anmelden:

Pferd:	Equidenpassnr.:
1	
2	
3	
4	
Mit Wirkung zum//_	

Die Versicherung enthält für 27,50 € pro Monat:

- 2 vorbeugende Behandlungen pro Jahr, die erste Behandlung 4-6 Monaten nach Vertragsbeginn, die zweite Behandlung 4-6 Monate nach der letzten Behandlung, usw.
- zusätzliche Behandlungen (bis zu 6 pro Jahr) beim Auftreten oder Fortbestehen von therapiewürdigen Symptomen. *
- monatliche Zahlung von 27,50 € durch Einzugsermächtigung, auf Wunsch auch Einmalzahlung von 330,-€ für ein Jahr.
- sofortige Kündigung des Vertrages seitens des Pferdebesitzers jederzeit möglich.
- Kündigung des Vertrages durch mich zum Ende eines Jahres mit 3-monatiger Kündigungsfrist möglich.
- Beendigung des Vertrages durch Nichtzahlung der regelmäßigen Beiträge oder durch den Tod des Tieres.
- sofortige Kündigung möglich durch Missbrauch der Vertragsvereinbarungen.**
- etwaige anfallende Kosten anderer Therapeuten sind von dem Besitzer zu tragen

Informationen zum Antragssteller:

Vorname:	
Nachname:	
Anschrift:	
•	
Tel.:	
E-Mail:	

Voraussetzungen:

Der Vertrag kommt nur zustande/ist nur gültig, wenn folgende Bedingungen und Richtlinien von beiden Seiten eingehalten werden.

- Aufgenommen werden alle Pferde, unabhängig von Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, usw.
- Prinzipien einer optimalen Pferdehaltung sind einzuhalten. Dazu gehören regelmäßige Zahnkontrolle, regelmäßige Hufpflege, fachgerechte Beurteilung von Sattel und Trense, artgerechte Fütterung und Haltung.

Beginn des Präventivprogramms:

- sofort bei Pferden, die bereits regelmäßige AOE-Vorsorgeuntersuchungen und -behandlungen durchführen.
- bei Pferden, die innerhalb der letzten 12 Monate 4 AOE - Behandlungen realisierten.
- bei Neukunden nach einer AOE Behandlung, nach der das Pferd als symptomfrei eingestuft wurde.
- bei Neukunden, deren Pferd 4 x behandelt wurde, auch wenn das Pferd noch nicht als symptomfrei gilt oder sogar noch chronisch krank sein sollte.

* therapiewürdige Symptome:

- das Pferd ist nicht voll belastbar
- es gibt eine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens
- man würde einen Therapeuten zu Rate ziehen
- das Pferd erkrankte akut und musste behandelt werden
- das Pferd erlitt einen Unfall
- es gab einen Stallwechsel
- das Tier ist noch chronisch krank (Lahmheit, Symptome, die die alltägliche Arbeit einschränken, wie z.B. Husten, Headshaken, Sommerekzem, usw.)

nicht extra therapiewürdige Symptome:

• geringgradige Symptome, die zu keiner Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens führen, wie z.B. Husten zu Beginn der Bewegung, equines Sarkoid, verstopfte Talgdrüsen,

diverse chronische Hautreaktionen, gelegentlich auftretendes Kotwasser, leichtes Sommerekzem oder leichtes Headshaking, usw. Dies alles sind Symptome, die zweifellos noch auf einen gestörten Energiefluss deuten und mit den vorbeugenden Behandlungen verschwinden sollten.

** Missbrauch der Vertragsvereinbarungen:

- ein nicht versichertes Tier wird vorsätzlich zur Behandlung innerhalb des Präventionsprogramms vorgestellt
- · wiederholte Besuchsanforderung wegen nicht extra therapiewürdiger Symptome
- Verschweigen von grobsinnigen Haltungsfehlern, wie z.B. Verfüttern schimmligen Futters,
- wiederholte grobe Vernachlässigung von Routineuntersuchungen und -behandlungen, wie Zahnkontrolle, Hufpflege, Sattelüberprüfung, usw.

Mit beiden Unterschriften wird der Vertrag gültig.	
Ort, Datum	
Name	Dr. Christian Torp

Tiermedizin • Akupunktur Hasselrader Weg 38 | 24242 Felde Tel. 04340 402908 | Fax 04340 402909 praxis@torp.de

Terminvereinbarung: Mo.-Fr. 8.30-12.00 Uhr

Besuchen Sie uns auch im Internet: www.torp.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Dr. Christian Torp

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Hasselrader Weg 38

24242 Felde

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE61 ZZZ0 0001 8364 39

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):





Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Herrn Dr. Torp widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Herrn Dr. Torp) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart (bitte ankreuzen):	
Wiederkehrende Zahlung Einm	alige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	:
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhab	per):
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	eatum (TT/MM/JJJJ):
l	
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kon	toinhaber):

