

San Rossore Vet srl

Sede operativa: Viale delle Cascine, 149 - Sede Legale: Via T. Rook, 22

56122 PISA

Tel e Fax: 050-533631/320-3231862

sanrossorevet@gmail.com

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Pisa, _____

Io sottoscritto _____

residente in _____

Via _____

Cod. Fisc. _____ P.Iva: _____

Email: _____ PEC: _____

P.IVA* _____ CODICE SDI* _____

***Obbligatorio per soggetti partite IVA (L. 205 del 27/12/2017)**

n° cellulare (riferimento per info cliniche) _____

proprietario/consegnatario del cavallo (nome del cavallo) _____

Sesso _____ età _____ razza _____

Dichiaro di essere stato informato e di aver preso coscienza dei rischi a cui può andare incontro il cavallo suindicato

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza del preventivo di spesa e pertanto **autorizzo** il ricovero, l'intervento chirurgico e le terapie del caso.

- Il cavallo non soffre di alcun tipo di allergie.
- Il cavallo è allergico a:

(cancellare la voce che non interessa)

Lascio un deposito cauzionale pari a _____

e mi impegno all'atto della dimissione del cavallo, a saldare il restante importo relativo a tutte le prestazioni veterinarie eseguite durante il ricovero presso questa suddetta struttura.

In fede _____