



Vickans HundCenter

*Vi jobbar med hjärtat
-för Din hund är unik!*



Inackorderingsavtal

Ägarens namn: _____

Personnummer: _____ Telefon: _____

Adress: _____ Postnummer: _____ Postort: _____

Email: _____ Hemförsäkring: _____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

Hundens Namn: _____ Ras/Raser: _____

Födelsedatum: _____ Kön: _____ Kastrerad: _____

ID-Nummer: _____ Vaccinationsdatum: _____

Liv- och veterinärvårdsförsäkring

Bolag: _____

Försäkringsnummer: _____

Allergier/Sjukdomar: _____

Medicin: _____

Dosering: _____

Speciella behov (Hanteringsproblem pga. osäkerhet, rädsla eller aggressivitet. Separationsångest, ensamhetsproblematik, stress eller resursförsvär) :

Medskickade saker

Bädd/filt: _____

Leksaker: _____

Övrigt: _____

Foderanvisningar (mängd, torrt/uppblött, tillskott) : _____

Aktiveringstillägg: _____ Pris: _____

SPA (tex bad): _____ Pris : _____

Kloklipp: Ja Nej

Inackorderingstiden löper från och med ___ / ___ 20 ___, till och med ___ / ___ 20__.

Tid för hämtning: _____

Inackorderingsavgift utgår med _____ per påbörjad dag.

Pris för övriga tillägg (medicin, kloklipp, tandborstning osv.): _____ kr.

Inackorderingsavgift för ovan angiven tid _____ kr.

Totalbelopp: _____ kr. Förskott Efterskott

Betalningssätt: Swish Kort Kontant Konto

Jag intygar att jag läst och förstått villkoren och intygar att ovan angivna uppgifter är korrekta.

Underskrift: _____ SKULTUNA den ___ / ___ 20__

Kvitteras av: _____ SKULTUNA den ___ / ___ 20__

