

**Tierarztpraxis
Wolfgang Kahle
Vennhauser Allee 241
40627 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 220 11 82**

**Täglich Sprechstunden
nach Vereinbarung
auch abends und am
Wochenende
Mobil: 0171 / 933 49 49**

Datum: _____

Hiermit bestätige ich, als Tierhalter _____ (Vor- und Zuname)
Röntgenbilder meines Tieres _____ am _____ erhalten zu haben, und dass
ich es nach zwei Wochen zurück bringen werde.

Unterschrift des Tierhalters