

North Channel Animal Hospital

informacion para cliente nueva

¡Bienvenido! Gracias por dar nos la oportunidad de cuidar su mascota, Para ayudarnos a conocernos mejor, por favor complete lo siguiente:

Fecha: _____

Nombre de Dueña(o): _____ Esposa(o) _____

Dirección: _____ Ciudad y Estado: _____

Código Postal _____ Teléfono: _____ Celular _____

Otro: _____

Núm de licencia _____ Estado: _____

Correo electrónico (MANDAMOS ESPECIALES Y CUPONES!):

Tenemos un programa que se llama Pet Pals. Si usted es referido por uno de nuestros clientes, ellos reciben un crédito de \$25 en la espediente, Y usted recibe un crédito de \$25 crédito HOY!!

¿Le envió a uno de nuestros clientes? Si es así, a quien podemos agradecer _____

Si no, ¿cómo se entero de nosotros? CARTELERA GOOGLE FACEBOOK
AMIGO(A)/FAMILIA _____ MIEMBRO DEL EQUIPO _____
VETERINARIO LOCAL _____ OTRO _____ Escuela Superior North Shore Anuncio de
Deportes _____

POR FAVOR DIGANOS DE SU MASCOTA(s):

PERRO(A) GATO(A) OTRO: _____ MACHO / OPERADO HEMBRA / OPERADA

Nombre: _____ Edad: _____

Color: _____ Raza: _____

¿Está tomando medicamento a prevenir parásitos de corraazón? No / Sí Que marca? _____

¿Está tomando cualquier otro medicamento? _____

Veterinario Anterior: _____

PERRO(A) GATO(A) OTRO: _____ MACHO / OPERADO HEMBRA / OPERADA

Nombre: _____ Edad: _____

Color: _____ Raza: _____

¿Está tomando medicamento a prevenir parásitos de corraazón? No / Sí Que marca? _____

¿Está tomando cualquier otro medicamento?) _____

Veterinario Anterior: _____

El pago es debido al final de cada visita

Firma de dueña: _____

Fecha: _____