Vollmachtserklärung für die TBB Notfallkarte

Der Unterzeichnende (**Vollmachtgeber**):

Vorname, Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bevollmächtigt:

Das Tierheim an der Birs (**Bevollmächtigter**)

Birsfelderstrasse 45, Postfach, 4020 Basel

a) im Namen und Auftrag des Vollmachtgebers bei einem Notfall wie Unfall, Krankheit, Reha, Pflegeheim, Todesfall und weiteren Ereignissen das oder die Haustiere aus der Wohnung/Haus art- und fachgerecht ins Tierheim an der Birs zu übersiedeln.

b) Der Bevollmächtigte hat insbesondere das Recht, alle notwendigen Massnahmen zur fachgerechten Betreuung der anvertrauten Tiere vorzunehmen. Falls nötig wird der Tierarzt beigezogen.

c) Im Falle des Ablebens des Vollmachtgebers kümmert sich das Tierheim an der Birs um die Vermittlung des Tieres oder der Tiere.

d) In einem Notfall werden dem Vollmachtgeber die Pflegekosten gemäss den TBB Pensionstarifen sowie allfällige medizinische Versorgung verrechnet. Im Falle eines Ablebens entfallen diese Kosten.

e) Sollte sich eine Änderung der Tierhaltung durch den Vollmachtgeber ergeben, muss diese Änderung dem Bevollmächtigten umgehend gemeldet werden.

f) Diese Vollmacht ist nicht übertragbar und ist jährlich per 31. Oktober widerrufbar. Die Vollmacht erlischt mit dem Tod des Vollmachtgebers.

Tiere (*Tierart, Tiername, Geburtsdatum, Besonderheiten wie Unverträglichkeiten, Krankheiten etc*.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_