

Vollmacht Manuelle Behandlung

Pferdenname, Geburtsdatum: _____ , _____

Name und Anschrift Besitzer: _____

Hiermit bestätige ich, dass das oben genannte Pferd am ____ . ____ . _____ im Beisein von
_____ ohne meine Anwesenheit durch Pferdetherapie
Diana Landskron manuell behandelt werden darf. Die Kosten der Therapie werden direkt vor Ort
durch den/die Bevollmächtigten/Bevollmächtigte in meinem Namen beglichen.

X _____
Datum, Unterschrift Besitzer