

**Desert Pines Equine
Medical & Surgical Center**

Forma para nuevo cliente

Nombre: _____ Esposa(o) _____

De SS: ____ - ____ - ____ #de SS de Esposa(o) ____ - ____ - ____

De Licencia: _____ # De Licencia de Esposa(o): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Trabajo: _____ Trabajo de Esposa(o): _____

Dirección de trabajo: _____

Dirección de trabajo de Esposa(o): _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Contacto local (amistad, pariente, etc.): _____

Teléfono: _____

Nombre de Caballo(s) Edad Raza Color Sexo

Dirección de caballo(s): _____

Teléfono: _____ Nombre del Dueño de propiedad: _____

El responsable de firmar en esta cuenta acepta toda responsabilidad para todos los servicios rendidos por Desert Pines Equine en cada uno de los caballos. 1.5% de interés mensual será recargado en cualquier balance después de 30 días. Si esta cuenta se iría a colección, el firmante será responsable por cualquier servicio de colección y/o cualquier honorario legal.

Firma del Cliente: _____

