



## Forma de Validación de la Relación Veterinario/Cliente Paciente

### Propietario/Gerente del Establo

Nombre del Propietario/Gerente: \_\_\_\_\_

Dirección del Establo Lechero: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Número de ID de la Instalación (opcional): \_\_\_\_\_

### Veterinario

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que se establece una Relación Veterinario/Cliente/Paciente válida (VCPR por sus siglas en inglés) para el propietario arriba mencionado y permanecerá en vigor hasta que sea cancelada por cualquiera de los dos partidos.

*“En el momento de la realización de este Acuerdo y del establecimiento de la Relación Veterinario/Cliente/Paciente (VCPR por sus siglas en inglés), el Productor, por sí mismo y el de sus representantes legales anteriores o existentes, predecesores, sucesores, cesionarios, agentes y herederos; por la presente libera por siempre al veterinario de todas y cada una de las reclamaciones, disputas, daños o demandas en la ley o equidad que el Productor podría o puede presentar con respecto a la participación del Productor en o la descalificación del Programa FARM. El Productor renuncia expresamente a cualquier derecho o reclamación a tal respecto debido a ignorancia, descuido o error omitido en los términos de este Acuerdo”.*

*“Además en la ejecución de este Acuerdo y el establecimiento de la Relación Veterinario/Cliente/Paciente, el Programa FARM por sí mismo y sus representantes anteriores o existentes, predecesores, sucesores, cesionarios, agentes y afiliados por la presente libera por siempre al veterinario de todas y cada una de las reclamaciones, disputas, daños o demandas en la ley o equidad que el Productor podría o puede presentar con respecto a la participación del Productor en o la descalificación del Programa FARM. El Productor renuncia expresamente a cualquier derecho o reclamación a tal respecto debido a ignorancia, descuido o error omitido en los términos de este Acuerdo”.*



---

## Forma de Validación de la Relación Veterinario/Cliente Paciente

---

Firma del Productor:

\_\_\_\_\_

2016 Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Veterinario:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Productor:

\_\_\_\_\_

2017 Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Veterinario:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Productor:

\_\_\_\_\_

2018 Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Veterinario:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_