

Anexo 4

FORMULARIO DE REGISTRO VETERINARIO OBS

Nombre: _____ Dirección: _____

Nombre del Grupo Veterinario: _____

Número de Licencia: (si está disponible) _____

Número de Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono de Oficina: _____ Fax Oficina _____

Nombre de Usuario _____

Contraseña _____

(Las contraseñas deben tener mínimo seis caracteres y una letra mayúscula)

Yo garantizo que soy un Veterinario Licenciado en el estado de Florida

Yo reconozco que OBS tiene el derecho de rechazar mi Aplicación de Registro a su entera discreción.

Yo reconozco que, para poder inspeccionar información, datos, imágenes y radiografías, debo obtener un Nombre de Usuario y una Contraseña de la OBS y:

- 1) Estos no son transferibles y;
- 2) Expirarán al final de la venta.

Yo reconozco que el repositorio es designado para uso de veterinarios en representación de sus clientes. El Acceso a radiografías de consignadores podrá ser declinado para personas no veterinarias, o veterinarios no registrados. Cualquier veterinario que represente a un Comprador, deberá:

- 1) Actuar ética y profesionalmente y con la debida consideración hacia los intereses de la OBS, del consignador y del comprador.
- 2) Mantener confidencialidad para el comprador a quien esté representando, en la información obtenida proveniente de inspecciones radiográficas pertenecientes a cada caballo.
- 3) Reconocer que OBS no revisa la información que se encuentra en el Repositorio y no garantiza la exactitud, autenticidad o totalidad de la información.
- 4) Abstenerse de colaborar o aconsejar a otros que no sean sus clientes (ej. potenciales compradores) cuando estén evaluando las Radiografías.

Yo acepto que antes de ejecutar este Formulario de Registro del Repositorio, he leído cuidadosamente, y he entiendo las actuales reglas del repositorio y las condiciones de venta de OBS

Venta: _____ Firma: _____ Fecha _____

Venta: _____ Firma _____ Fecha _____

Venta: _____ Firma _____ Fecha _____

Venta: _____ Firma _____ Fecha _____

Venta: _____ Firma _____ Fecha _____