|  |  |
| --- | --- |
| ZLECENIE  wykonania zabiegu:  Ovariohysterectomia (sterylizacja)  Oznakowanie i rejestracja elektronicznym czipem | |
| Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer telefonu |  |
| Dane dotyczące zwierzęcia | |
| Gatunek (pies, kot) |  |
| Rasa |  |
| Imię |  |
| Płeć |  |
| Wiek |  |
| Waga |  |
|  |  |
| ……………………………………………………..  Data i podpis Zlecającego – Urząd Gminy | |
| Wypełnia Lekarz Weterynarii:  Wykonano/nie wykonano\* zabieg zgodnie z niniejszym Zleceniem  ………………………………………………………..  Data i podpis osoby wykonującej zabieg  \*zaznaczyć właściwe | |
| Uwagi | |