|  |
| --- |
| 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 |