|  |
| --- |
| PIECZĄTKA KLINIKI WETERYNARYJNEJ |



 Data przyjęcia ………………..….. 2024 r.

…………………………………………………………………. ……………………………………………………………………

     Nazwa organizacji pozarządowej Imię i nazwisko osoby, przekazującej kota
do kliniki

 Miejsce złapania kota …………………………………………………………………..

Oświadczam, iż przekazany przeze mnie kot w celu wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji\* jest kotem wolno żyjącącym, a nie udomowionym oraz oświadczam, iż zobowiązuję się do jego odbioru po wykonaniu zabiegu w terminie ustalonym z kliniką

………………………….………………. ……………..…………………………………..

 (data) (podpis osoby przekazującej kota na zabieg)

**POTWIERDZENIE WYKONANIA ZABIEGU STERYLIZACJI/KASTRACJI\***

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wykonania zabiegu |  |
| Data i godzina odbioru kota |  |
| Czy wykonano nacięcie na uchu\* | TAK | NIE |
| Czy wykonano zaopatrzenie pooperacyjne\* | TAK | NIE |
| Czy podano preparat w płynie na odrobaczenie i odpchlenie\* | TAK | NIE |
| Uwagi |

……………..……………………….. …..…………………………………………….….

(podpis osoby odbierającej kota po zabiegu) (podpis i pieczątka lekarza weterynarii)