|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\olszewskaj\Desktop\2023\2023 BBO\LOGOTYPY BBO\BBO kwadrat.jpg | PIECZĄTKA KLINIKI WETERYNARYJNEJ | Data przyjęcia …………….... 2023 r. |

Kierujący na zabieg: Stowarzyszenie Stukot

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)