



**NET VET** Pénzügyi, Állategészségügyi, Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.

**Telefon:** Nógrádi M. utca 17. - 52/531-663 (9-19 óra), Lehel utca 20. - 52/501-694 (9-16 óra)

**E-mail cím:** Nógrádi M. utca 17. - netvetkft@gmail.com, Lehel utca 20. - netvetlehel@gmail.com

**Időpont-egyeztetés:** Nógrádi M. utca 17. - netvetkftidopont@gmail.com, Lehel utca 20. - netvetlehel@gmail.com

## MEGBÍZÁS ÉS NYILATKOZAT IVARTALANÍTÁSHOZ

A megbízást adó és nyilatkozatot tevő állattulajdonos (az ivartalanítási műtétet kérő személy) adatai:

**Név:** \_\_\_\_\_ **Telefonszám:** \_\_\_\_\_

**Cím:** \_\_\_\_\_ **E-mail cím:** \_\_\_\_\_

Az állat adatai:

**Név:** \_\_\_\_\_ **Faj:** \_\_\_\_\_ **Fajta:** \_\_\_\_\_

**Szül. idő:** \_\_\_\_\_ **Ivar:** \_\_\_\_\_ **Szín:** \_\_\_\_\_

**Chip szám:** \_\_\_\_\_

Alulírott, a fentiekben leírtak szerint azonosított állat tulajdonosa (megbízott gondozója) megbízom a Net Vet Kft. Állatorvosi Rendelőintézetet, hogy a fentiekben leírtak szerint azonosított állatot **véglegesen ivartalanítsa**. Kijelentem, hogy jogosult vagyok az állat ivartalanításának kérdésében érdemben dönteni. Megismertem, megértettem és tudomásul vettem a beavatkozással járó kockázatokat, egyúttal kijelentem, hogy tudomásom szerint az állatnak nincs olyan rejtett egészségügyi problémája (pl. vérzékenység, allergia stb.) amelyek érdemben befolyásolhatják a beavatkozás kimenetelét.

Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az elvégzendő állatorvosi beavatkozás várható költsége:

..... Ft.

**Szívférgesség kimutatására irányuló tesztvizsgálatot, amelynek az ára 9500 Ft,**

**KÉREK**

**NEM KÉREK**

Debrecen, .....

A tulajdonos aláírása: .....