



## 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:**

Neve: \_\_\_\_\_ faj: \_\_\_\_\_

fajta : \_\_\_\_\_ szül.idő: \_\_\_\_\_

ivar: \_\_\_\_\_ szín: \_\_\_\_\_

mikrochip száma: \_\_\_\_\_

Alulírott, a fentiekben leírtak szerint azonosított állat tulajdonosa (megbízott gondozója) megbízom

\_\_\_\_\_ állatorvost (állatorvosi rendelőt, állatkórházat), 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:

**KÉREK  NEM KÉREK , amelynek az ára 8000 Ft!**

Debrecen, .....

A tulajdonos aláírása:.....