



Data przyjęcia 2025 r.

PIECZĄTKA KLINIKI WETERYNARYJNEJ

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 kastracji **kotki/ kocura** jest kotem wolno żyjącym 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 KASTRACJI

KOTKI / KOCURA*

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 pieczęć lekarza weterynarii)

*podkreślić właściwe