

Załącznik nr 4
do SWZ nr Sch.Z/07/2021

Medyczna Karta Psa

Płeć Nr rejestracyjny

Nr Czipu

Data przywiezienia do Lecznicy

Data zabiegu sterylizacji/kastracji/innego.....

Data odbioru psa

Środki użyte do zabiegu

.....

.....

Stosowane leki

.....

Zalecenia/uwagi

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Wizyty pooperacyjne

.....

KIEROWNIK

Anna Jaroszewicz