

.....
.....
.....

(dane zakładu leczniczego)

Świadectwo zgonu/eutanazji* zwierzęcia

W dniu stwierdzono zgon/dokonano eutanazji* zwierzęcia.

Nazwa gatunkowa:

Płeć:

Wiek:

Maść:

Oznakowanie:

Przyczyna zgonu/eutanazji*:

.....
.....
.....

Dane właściciela zwierzęcia:

Imię i nazwisko:

Adres:

Informacje dodatkowe:

.....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza weterynarii
stwierdzającego zgon/wykonującego eutanazję* zwierzęcia)

* - niepotrzebne skreślić