

WYKAZ ZABIEGÓW STERYLIZACJI LUB KASTRACJI WYKONANYCH U ZWIERZĄT PRZEBYWAJĄCYCH W SCHRONISKU DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT
W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM

..... <i>miesiąc - rok</i>								
Lp.	Data	Numer ewidencyjny zwierzęcia	Numer chipa	Gatunek zwierzęcia	Rodzaj zabiegu S - sterylizacja K - kastracja	Zabieg sterylizacji lub kastracji przeprowadził lekarz weterynarii		Potwierdzenie przez administratora schroniska: - wykonania zabiegu sterylizacji lub kastracji zwierzęcia - dokonania odpowiednich wpisów w książeczce zdrowia zwierzęcia
						imię i nazwisko lekarza weterynarii	podpis lekarza weterynarii	imię i nazwisko osoby reprezentującej administratora schroniska

Opis przedmiotu zamówienia, warunki i sposób jego realizacji - Część 3

WYKAZ ZABIEGÓW STERYLIZACJI LUB KASTRACJI WYKONANYCH U ZWIERZĄT PRZEBYWAJĄCYCH U OPIEKUNÓW TYMCZASOWYCH LUB ADOPTOWANYCH ZE SCHRONISKA DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM

[illegible]
