

אישור וטרינרי לעיקור כלבים



אני, הח"מ ד"ר _____ מס' הרשיון _____
כתובת המרפאה _____
מצהיר בזה כי ביום _____ ביצעתי עיקור של הכלב/ה
השייך ל- שם הבעלים _____
מספר זהות _____
הכתובת _____ טלפון _____
שם הכלב _____ תאריך הלידה _____
גזע _____ צבע _____ מין _____
סימנים מיוחדים _____
רשיון מס' _____ של (שם הרשות המקומית) _____
תאריך _____ חתימה _____ חותמת _____
העתק: ל.ו. _____
ש.ו. 25

12.2001
0 32025 36