

INTESTAZIONE AMBULATORIO

PROPRIETARIO ANIMALE	DATI ANAGRAFICI ANIMALE
Nome: _____	Specie: _____
Cognome: _____	Razza _____
Indirizzo: _____	Nome: _____
C.F.: _____	Sesso: _____
Tel. _____	Data nascita: _____
	Mantello: _____
	Microchip: _____
	Data appl. Microchip: _____

SI CERTIFICA CHE

lo stesso è stato vaccinato per la Rabbia in quanto di età superiore a 12 settimane in data _____.

Istituto fabbricante vaccino	Nome del vaccino	Lotto numero	scadenza

L'animale è stato sottoposto a sterilizzazione in data _____

Inoltre, l'animale di cui sopra è idoneo alla movimentazione prevista

_____ li _____

Timbro e Firma