



SIA „DZĪVNIIEKU VESELĪBAS CENTRS”

Reģ.Nr. 40003519377; Jur.adr. Kr.Valdemāra iela 151a, Rīga; LV-1013, tālr.67500494

Paldies, ka dodat DVC iespēju rūpēties par savu mājdzīvnieku. Lai palīdzētu mums sniegt efektīvāku palīdzību, lūdzu sniegt sekojošu informāciju:

ĪPAŠNIEKA Vārds, uzvārds: _____

Adrese: _____

Telefona nr.: _____ E-pasts: _____

Kā mums vajadzētu sazināties ar jums? _____

Dzīvesbiedra vārds un kontaktinformācija: _____

DZĪVNIIEKA Vārds: _____ Suns Kaķis Cits: _____

Šķirne: _____ Krāsa: _____

Dzimšanas datums/vecums: _____ Vīr. Siev.

Svars: _____ Sterilizēts Nesterilizēts

Veiktās vakcinācijas, to datumi: _____

Mikročipa numurs: _____

Alerģiskas reakcijas: _____

Ar kādu barību barojat? _____

Svarīga informācija, ko mums vajadzētu zināt par jūsu dzīvnieku:

PRIMĀRĀS APRŪPES VETERINĀRĀRSTS, JA IR NOSŪTĪJUMS

Klīnikas nosaukums: _____

Ārsta vārds, uzvārds: _____

Tālrunis/ fakss/ e-pasts: _____

Es esmu augstāk minētā dzīvnieka īpašnieks, vai esmu dzīvnieka īpašnieka pilnvarota persona, un uzņemos pilnu finansiālu atbildību. Es atļauju sniegt mana dzīvnieka medicīnisko informāciju primārās aprūpes veterinārārstam.

PARAKSTS: _____

DATUMS: _____