Fiche de soins vétérinaires

Clinique Vétérinaire :

Chat :

Couleur : Sexe :

N° identification : Né(e) le :

Animal présenté par :

Mr / Mlle / Mme :

En qualité de :

### Adresse :

### CP : Ville :

Tel. fixe : Tel. mobile :

Soins à effectuer :

O Ovariectomie / Hystérectomie / Castration..…….. tarif dpt 35 : ………… € HT

O Vaccins TCL………………………………………………………………… tarif dpt 35 : ………… € HT

O Tests FIV/FELV………………………………………………………… tarif dpt 35 : ………… € HT

O Identification par: puce électronique / tatouage. tarif dpt 35 : ………… € HT

O Autre :…………………………………………………………………………. tarif dpt 35 : ………… € HT

# *Notes destinées au vétérinaire :*

* *Merci de bien vouloir pratiquer impérativement les Tarifs Protection Animale*
* *Pour une première visite, merci de bien vouloir vérifier systématiquement la présence d’une puce électronique sur le chat*
* *Cette fiche est à joindre avec la facture à l’adresse indiquée en bas de page*
* *Le tatouage est à faire au nom de l’association (coordonnées en bas de page)*
* ***Merci de nous contacter au 06 28 19 73 84 pour tout acte à réaliser, non-indiqué sur cette fiche, ou toute question concernant le chat, le tarif ou l’association.***

Fait le : A :

## Signature : Signature de FELIN POSSIBLE :

