|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fundación ADMA | Municipalidad de Alta Gracia  Programa Municipal De Salud Animal | Gobierno de la Ciudad de Alta Gracia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PLANILLA DE CIRUGÍA | | | | | FECHA: **10/04/2025** | | | | | | |
| Orden | Nº Cirugía | Apellido y Nombre Propietario | Domicilio | Teléfono | Nombre Paciente | Edad | Especie | Sexo | Peso | Características | Firma |
|  |  |  |  |  |  | 15 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Con mi firma, declaro bajo juramento no poseer los medios económicos para solventar los costos de esterilización de mi mascota en forma privada. Dejo constancia de conocer los riesgos posibles presentes en todo tipo de intervención quirúrgica. Asumo toda responsabilidad autorizando al M. Veterinario del Programa de Salud Animal a realizar dicha intervención, comprometiéndome a no realizar demanda o juicio alguno contra la Fundación Amigos del Mejor Amigo, Municipalidad de Alta Gracia, ni al profesional Veterinario actuante. Adjunto a la presente fotocopia de mi DNI.