



Autorisation de récupération des dossiers médicaux

**MERCI DE RENVoyer LES DOCUMENTS DEMANDES AU PLUS VITE
A ACTIV ANIMO (01 47 57 65 97) COMME INDIQUE CI-DESSOUS :**

Informations sur le propriétaire :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Informations sur l'animal :

Nom : _____ Race : _____ Date de naissance : _____

Vétérinaire ou coordonnées de la clinique vétérinaire

Vétérinaire / Clinique vétérinaire : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax: _____

Informations à récupérer: historique des vaccins, groupe sanguin, résultats des examens et conclusions du traitement.

J'atteste être le propriétaire ou le responsable en charge de l'animal décrit ci-dessus. En outre, par la présente, je vous autorise et vous donne l'instruction de transmettre à Activ Animo les informations médicales de mon animal de compagnie. Je vous dégage ainsi que votre personnel de toute responsabilité concernant la communication des informations médicales pour le motif indiqué ci-dessus. Merci de communiquer les dossiers médicaux à Activ Animo par fax : 01 41 49 19 01.

Pour plus d'informations, contactez Activ Animo par mail : contact@activanimo.fr ou par courrier à l'adresse suivante : 26-28 rue Marius AUFAN, 92300 Levallois-Perret.

Signature du propriétaire / Responsable de l'animal

Date