

À PARTIR DU LUNDI 11 MARS 2024

DEMANDE D'INTERVENTION

Je soussigné(e) (Nom et Prénoms) :

Adresse :

Commune :

Téléphone : Mail :

atteste sur l'honneur être le propriétaire de l'animal ci-dessous nommé pour lequel je bénéficie d'un acte de stérilisation.

Mon animal est identifié : Oui Non

Si l'animal n'est pas identifié, il le sera au moment de la stérilisation, l'identification est obligatoire et payante (montant de 40€ à régler auprès du vétérinaire).

Mon animal est identifié sous le n° ICAD :

Mon animal est :

Chien Chat Race :

Mâle Femelle Âge :

Je certifie sur l'honneur ne pas céder mon animal dans les 6 mois à venir.

Fait à le

Clinique vétérinaire :



Information au  **N°Vert 0 800 327 327** ou à decv@casud.re

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

En partenariat avec les Vétérinaires Pour Tous (VPT)