

FULLMAKT VID AVLIVNING

Djurägare

Namn		Telefonnummer
Adress		Personnummer (OBS: Myndig person)
Postnummer	Ort	

Ombud

Namn		Telefonnummer
Adress		Personnummer (OBS: Myndig person)
Postnummer	Ort	

Djurets uppgifter

Namn	Född (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Djurslag (ex hund, katt, marsvin...)
Ras	Kön	Kastrerad <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Om djuret är omärkt vill vi att ni beskriver djurets utseende här, t ex färg och andra kännetecken		Id-nummer (tatuering eller chip nummer)

Fullmakten avser

Eftersom jag som djurägare till ovanstående djur inte kan närvara vid avlivningen godkänner jag med denna fullmakt att ovanstående ombud närvarar vid mitt ställe hos Smådjursklinik Hjärtat.

Djurägarens underskrift

.....
Datum och ort

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligan