

PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom de l'animal

Les soins ont été donnés en raison :

d'une maladie d'une vaccination

Numéro de Puce Numéro adhérent

d'un accident d'une stérilisation

S'il s'agit d'une maladie

Date de début de maladie

Nature de la maladie

.....

.....

Nature des soins

.....

.....

S'il s'agit d'un accident

Date de l'accident

Nature des blessures

.....

.....

Nature des soins

.....

.....

Une intervention chirurgicale a-t-elle été effectuée : Oui Non

Merci de détailler le montant de chaque acte :

Date	Désignation des soins	Désignation des médicaments délivrés*	Qté	Montant
	Consultation			
	Montant du vaccin uniquement			
			Total	

*Les aliments quels qu'ils soient même médicamenteux (prescrire des médicaments), les produits anti-parasitaires, les lotions et shampoings, ne donnent pas lieu à remboursement et ne doivent pas être reportés dans le tableau ci-dessus.

Cachet du vétérinaire (indispensable)

Date et signature du vétérinaire

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Vétérinaire référent

Adressé par son vétérinaire référent ou autre

PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN OU LE CHENIL

Cachet du pharmacien (indispensable)

Vignettes des médicaments

Cachet du chenil

Médicaments prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien

Désignation	Quantité	Montant
	Total	

Signature du pharmacien :

Frais de chenil

en cas d'hospitalisation de l'adhérent (1)

Date d'entrée et de sortie du chenil	Montant des frais de pension

(1) Joindre un justificatif du séjour à l'hôpital ou à la clinique avec les dates d'entrée et de sortie.