

Fullmakt vid avlivning

Härmed godkännes att veterinär avlivar mitt djur.

Fullmaktsgivare (jag som ger fullmakt):

Namn _____

Personnummer _____

Telefonnummer _____

Adress _____

Jag intygar att jag är laga ägare till djuret med:

Namn _____

Art: _____

Kön: _____

Ålder _____

ID-nummer _____

Ombudets uppgifter:

Namn _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Adress: _____

Jag står själv för omhändertagandet av djurets kropp efter avlivning.

Ort	Datum	Namn-teckning
-----	-------	---------------

Namn-förtydligande _____