

Antrag auf Kastrationsgelder für freilebende Katzen

Ifd. Nr.:

Gültig bis:

Antragsteller

Verein: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr: _____

Durchgeführte Kastration

Beschreibung der Katze: _____

Herkunft der Katze: _____

Tierarzt: _____

Chip-Nr. (Pflicht) _____

Erklärung des Antragstellers

- ☐ Mit einer Besichtigung/Kontrolle der Futterstelle bin ich einverstanden.
- ☐ Das oben beschriebene Tier stammt aus Rostock und ist meines Wissens nach herrenlos.
- ☐ Die verbleibenden Kosten einer tierärztlichen Behandlung (z.B. Wurmkur) übernimmt: _____

Unterschrift Antragsteller

Sachliche Bestätigung der Angaben

*Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt Rostock
Am Westfriedhof 2, 18050 Rostock*

Dieser Antrag berechtigt erst zur Kastration sobald er mit Unterschrift und Siegel eines Amtstierarztes des Veterinäramtes versehen ist!

Der Antrag ist im Jahr der Ausstellung einzulösen. Er verliert im Folgejahr seine Gültigkeit!

Rostock, den _____

Unterschrift

Amtstierarzt

Dieser Antrag berechtigt erst zur Kastration sobald er mit Unterschrift und Siegel eines Amtstierarztes des Veterinärarnates versehen ist!

Der Antrag ist im Jahr der Ausstellung einzulösen. Er verliert im Folgejahr seine Gültigkeit!