

Nr Ks. Kl./ kod Kliniki ‡

/

Lublin, dn.....

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII I WETERYNARII SĄDOWEJ
KATEDRA I KLINIKACHORÓB WEWNĘTRZNYCH ZWIERZĄT
WYDZIAŁ MEDYCYNY WETERYNARYJNEJ
UNIWERSYTET PRZYRODNICZY W LUBLINIE

OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA

Ja, niżej podpisany/-a.....
zamieszkały tel.
przekazuję do Zakładu Patomorfologii i Weterynarii Sądowej UP w Lublinie celem utylizacji zwłoki:
gatunek:....., płeć:, rasa:, znaki szczególne:
....., padłego / poddanego eutanazji* w dniu
z powodu**

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie zwłok do celów dydaktycznych / proszę o wykonanie sekcji zwłok i zobowiązuję się do pokrycia jej kosztów*.

Oświadczam, że w przypadku żądania przeprowadzenia sekcji zwłok skontaktuję się z lekarzem dyżurnym Zakładu Patomorfologii i Weterynarii Sądowej w najbliższym dniu roboczym celem przekazania niezbędnych informacji, tel. 81-445-61-65.

(*-niepotrzebne skreślić, ‡ kod kliniki: INT, ZAK, CHIR, POŁ, RAD)

.....
podpis właściciela

.....
pieczętka i podpis lekarza weterynarii
przyjmującego zwłoki