

## CLINIQUE DE MICROPUÇAGE OCTOBRE 2017

**1- Nombre d'animaux que vous voulez faire micropuçer :**
 Chat(s) : \_\_\_\_\_  Chien(s) : \_\_\_\_\_

**2- Informations sur les animaux :**
**Animal 1 :**

Nom : \_\_\_\_\_

 Chat  Chien 

 Mâle  Femelle 

 Stérilisé(e)  Non stérilisé(e) 

Race : \_\_\_\_\_

Couleur : \_\_\_\_\_

**Animal 2 :**

Nom : \_\_\_\_\_

 Chat  Chien 

 Mâle  Femelle 

 Stérilisé(e)  Non stérilisé(e) 

Race : \_\_\_\_\_

Couleur : \_\_\_\_\_

**Animal 3 :**

Nom : \_\_\_\_\_

 Chat  Chien 

 Mâle  Femelle 

 Stérilisé  Non stérilisé 

Race : \_\_\_\_\_

Couleur : \_\_\_\_\_

**Animal 4 :**

Nom : \_\_\_\_\_

 Chat  Chien 

 Mâle  Femelle 

 Stérilisé(e)  Non stérilisé(e) 

Race : \_\_\_\_\_

Couleur : \_\_\_\_\_

**Animal 5 :**

Nom : \_\_\_\_\_

 Chat  Chien 

 Mâle  Femelle 

 Stérilisé(e)  Non stérilisé(e) 

Race : \_\_\_\_\_

Couleur : \_\_\_\_\_

**Animal 6 :**

Nom : \_\_\_\_\_

 Chat  Chien 

 Mâle  Femelle 

 Stérilisé(e)  Non stérilisé(e) 

Race : \_\_\_\_\_

Couleur : \_\_\_\_\_

**3- Vos coordonnées :**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

 Ville :  Trois-Rivières  Shawinigan  Saint-Boniface  Saint-Édouard-de-Maskinongé

 Saint-Étienne-des-Grès (chiens seulement)

Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**\*\***Veillez noter que votre animal doit être en bonne santé, exempt de maladies contagieuses (pas de diarrhée, vomissement, toux, problème cutané, écoulement nasal ou oculaire). De plus, les vaccins doivent être à jour (la SPA Mauricie se décharge de toute responsabilité quant à la propagation d'une maladie contractée dans ses locaux). Veuillez noter que votre animal ne sera pas examiné par un vétérinaire et qu'aucun médicament ne sera prescrit. Il s'agit seulement d'une implantation de micropuce sous la supervision du Dre Véronique Perreault. **\*\***

**J'atteste que tous les renseignements fournis dans ce présent document sont véridiques et je me qualifie donc aux critères prévus par la SPA Mauricie pour l'utilisation de ce service.**

Signature du propriétaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Retournez le formulaire signé par courriel à [info@spamauricie.com](mailto:info@spamauricie.com). Seul les candidatures retenues seront contactées pour une prise de rendez-vous.

**RÉSERVÉ À LA SPA MAURICIE**

Dossier client : \_\_\_\_\_

 Candidature acceptée : Oui  Non 

Raison du refus : \_\_\_\_\_ Initiales employé(e) SPA Mauricie : \_\_\_\_\_