



Будь ласка, заповніть повністю і повернути
Bitte vollständig ausfüllen und wieder zurücksenden
Please fill out completely, and return to the following address,
by E-Mail: vet-631@lra-rosenheim.de or post:

Staatliches Veterinäramt Rosenheim
Am Klafferer 3
83043 Bad Aibling

Прізвище, ім'я Хранитель Name, Vorname des Tierhalters Family Name, First Name of the pet holder	
Дата народження Geburtsdatum Date of Birth	
Адреса Anschrift Adress	
номер телефону Telefonnummer Telephone number	
Контактна особа та Адреса у Німеччині (якщо є) Kontaktperson und Adresse in Deutschland (falls vorhanden) Contact person and address in Germany (if available)	
назва тварини Name des Tieres Name of the pet	

Будь ласка, друга сторінка



Ім'я тварини Число Мікрочіп / Татов'єрунг Nummer Microchip / Tätowierung Number/Microchip/Tatoo		Мікрочіп доступний, Невідомий номер Microchip liegt vor, Nummer unbekannt Microchip is available but the number is unknown yes or no	<input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
Раса Rasse Breed		Стать Geschlecht Gender	<input type="checkbox"/> Чоловічий <input type="checkbox"/> жіночий <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> male / <input type="checkbox"/> female

назва тварини Name des Tieres Name of the pet			
Ім'я тварини Число Мікрочіп / Татов'єрунг Nummer Microchip / Tätowierung Number/Microchip/Tatoo		Мікрочіп доступний, Невідомий номер Microchip liegt vor, Nummer unbekannt Microchip is available but the number is unknown yes or no	<input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
Раса Rasse Breed		Стать Geschlecht Gender	<input type="checkbox"/> Чоловічий <input type="checkbox"/> жіночий <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> male / <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> female

.....
Місце, дата /Ort, Datum

.....
Підпис / Unterschrift