



# Tierärztliche Bescheinigung zum Abgabevertrag

## Seite 2 von 2

**1. Vorsitzende: Gerlinde Michael**  
Oberes Bergfeld 13  
94136 Thyrnau  
+49 (0)8501 / 1642  
+49 (0)32121 / 305958  
+49 (0)160 / 28 48 629

 [info@arbeitskreis-katzenhilfe.de](mailto:info@arbeitskreis-katzenhilfe.de)  
 [www.arbeitskreis-katzenhilfe.de](http://www.arbeitskreis-katzenhilfe.de)

Zusatzinfo (siehe auch auf Seite 1 unter Punkt 4 auf Ihrem Abgabevertrag)

Abgegebene Tiere dürfen nicht zur Zucht verwendet werden. Der Übernehmer verpflichtet sich zum genannten \*Zeitpunkt (siehe Seite 1) das Tier sterilisieren bzw. kastrieren zu lassen, soweit dies bei Abgabe noch nicht erfolgt ist. Der Übernehmer verpflichtet sich zu einer Mitteilung gegenüber der Liga für Recht und Schutz der Tiere unmittelbar nach erfolgter Sterilisation bzw. Kastration!

### Tierärztliche Bescheinigung

Tier:                    ggf. Name des Tieres: \_\_\_\_\_  
                          Alter des Tieres: \_\_\_\_\_  
                          Geschlecht des Tieres: \_\_\_\_\_  
                          Farbe des Tieres: \_\_\_\_\_  
                          ggf. Tätowienummer: \_\_\_\_\_  
                          ggf. Sonstiges: \_\_\_\_\_

Besitzer:            Name: \_\_\_\_\_            Vorname: \_\_\_\_\_  
                          \* PLZ: \_\_\_\_\_            \*Wohnort: \_\_\_\_\_  
                          \*Straße: \_\_\_\_\_            Haus -Nr. \_\_\_\_\_  
                          \* Tel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**\* Änderungen der Adresse bzw. Telefonnummern des Besitzers sind dem Verein zeitnah mitzuteilen!**

Hiermit wird bestätigt, dass das oben genannte Tier am: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

bei mir / uns in der Praxis: \_\_\_\_\_

steril.  / kastr.  wurde.

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes:            Unterschrift: \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen:

<b>Stempel:</b>
-----------------