



Kastrationsbestätigung von der Tierärztin/dem Tierarzt auszufüllen

Hiermit bestätige ich, dass die Katze/der Kater
Namens (alter Name),
die/den ich amvom
Katzenschutzbund Köln e.V. übernommen habe,
am kastriert wurde.

.....
Stempel und Unterschrift des Tierarztes

.....
Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift Besitzer

**Bitte nach der Kastration an oben genannte Adresse sen-
den! Vielen Dank**

Ihr Team vom Katzenschutzbund Köln



Postanschrift: Postfach 10 20 02, 50460 Köln
Web: www.katzenschutzbund-koeln.de
E-Mail: info@katzenschutzbund-koeln.de
1. Vorsitzende: Andrea Bensberg
Telefon: 0 22 34 / 99 64 84
Fax: 0 22 34 / 99 64 83
2. Vorsitzende: Cerstin Heinrichs
Telefon: 02203/591 561

Kastrationsbestätigung von der Tierärztin/dem Tierarzt auszufüllen

Hiermit bestätige ich, dass die Katze/der Kater
Namens (alter Name)
die/ den die ich amvom
Katzenschutzbund Köln e.V. übernommen habe,
am kastriert wurde.

.....
Stempel und Unterschrift des Tierarztes

.....
Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift Besitzer

Bitte nach der Kastration an oben genannte Adresse senden! Vielen Dank

Ihr Team vom Katzenschutzbund Köln