



Oasi Felina Trecate ODV
Corso Cavallotti 9, 28100 Novara (No)
C.F. 94048740032



Salusvet Ambulatorio Veterinario
Piazza Dolce 5
28069 Trecate (NO)

MESE DEL MICROCHIP

Il modulo deve essere compilato dalla persona alla quale verrà intestato il microchip del gatto

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____ Città _____ CAP _____

Telefono _____ E-mail _____

Documento d'identità _____ Numero _____

Codice Fiscale _____

**Foto del documento e del codice fiscale (fronte e retro) dovranno essere inviati, unitamente al presente modulo, tramite e-mail all'indirizzo salusvet.trecate@gmail.com o tramite whatsapp al 3455035636*

Compilare SOLO nel caso in cui il gatto verrà portato presso l'ambulatorio da una terza persona

Nome e cognome _____

Numero di telefono _____

Dati del gatto

Nome _____ Data di nascita (anche presunta) _____

Data di acquisizione (anche presunta) _____ Razza _____ Sesso M ☐ F ☐

Sterilizzato SI ☐ NO ☐

Compilare in caso si voglia microchippare più di un gatto*

Nome _____ Data di nascita (anche presunta) _____

Data di acquisizione (anche presunta) _____ Razza _____ Sesso M ☐ F ☐

Sterilizzato SI ☐ NO ☐

**è possibile portare un massimo di 2 gatti per volta, in caso il numero di gatti sia superiore vi invitiamo a compilare nuovamente il modulo per fissare un secondo appuntamento*

Data _____

Firma _____

Normativa Privacy

Consento il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16?*

☐ Consento

Firma _____

*Consenso normativa privacy OBBLIGATORIO