



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