

ДЕПАРТАМЕНТ МІСЬКОГО БЛАГОУСТРОЮ
ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ)
КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО
„КИЇВСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ”

вул. Ярославська, 13-А, м. Київ, 04071; тел. (044) 366-64-02; E-mail: info@kmlvm.com.ua

Адреса для листування: 02222, м. Київ, вул. Електротехнічна 5А

Веб-сайт: www.kmlvm.com.ua Код ЄДРПОУ 32828319

12.06.2020 № 243-55Б
на № _____ від _____

Наталія Леденцова

Про надання інформації

Комунальне підприємство «Київська міська лікарня ветеринарної медицини» (далі – Підприємство) уважно розглянуло Ваш запит від 10.06.2020 № 3176 (з), в межах компетенції інформуємо.

Стерилізація безпритульних кішок за кошти місцевого бюджету проводиться в трьох структурних підрозділах Підприємства :

- Служба ветеринарної медицини Деснянського району вул. Електротехнічна, 5-А (к.т. 044-366-64-01);
- Служба ветеринарної медицини Подільського району вул. Ярославська, 13-А (к.т. 044-482-57-75);
- Служба ветеринарної медицини Дарницького району вул. Вірменська, 29 (к.т. 044-563-94-79).

Додаток на 2 арк.

Виконувач обов'язків директора



Оксана КОШАК

ПЕРЕТРИМКА Так Ні

Начальнику лікарні ветеринарної медицини
у Деснянському районі КП "Київська
міська лікарня ветеринарної медицини"
в.о. Репецькому Р.М

Організація _____
ПІБ _____
Адреса _____
Тел: _____

З А Я В А

Прошу Вас провести стерилізацію безпритульних тварин, які знаходяться під моєю опікою:

Тварини	Сука	Вік	Кобель	Вік	Кішка	Вік	Кіт	Вік
Кількість								

Масть (окрас) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

Кличка 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

Ареал перебування до стер. _____ с після стер. _____

Район _____

Транспорт (підкреслити) _____ КП „Притулок для тварин” _____ Власний

Регістраційне посвідчення опікуна № _____

З привалами перетримки тварин в стаціонарі ознайомлені, та приймасмо до виконання.

Дата

Підпис

Дозвіл на оперативне втручання та обов'язкову вакцинацію проти сказу

Дата „_____” _____ 2020р.

ПІБ власника(опікуна) _____

Вид тварини **собака** _____ ♀ _____ ♂

кіт _____ **кішка**

Масть: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____

Вага: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____

Заплановане оперативне втручання: **стерилізація** **кастрація**

Прогноз: _____

Я, (П.І.Б.) _____

усвідомлюю, що у зв'язку з відсутністю анамнезу безпритульної тварини у неї існує підвищений ризик розвитку ускладнень, внаслідок проведення загальної анестезії та оперативного втручання. У випадку розвитку загального захворювання згоден прийняти матеріальну участь у її лікуванні. **Якщо у тварини будуть виявлені ознаки інфекційного процесу, зобов'язуюсь забрати її зі стаціонару.** У разі загибелі тварини претензій до лікарні та лікарів мати не буду.

Копію посвідчення опікуна додаю.

Зобов'язуюсь забрати тварину післяопераційної перетримки (10 днів).

Підпис _____

ПРО ОБОВ'ЯЗКОВУ ВАКЦИНАЦІЮ ВІД СКАЗУ ПОВІДОМЛЕНИЙ.

ЗГОДЕН: ЗАПЕРЕЧУЮ:

_____/_____/

Дата

Підпис