

**ATTESTATION DE SOINS ET PREUVE DE PAIEMENT EMISES PAR LE DOCTEUR VETERINAIRE**

JE SOUSSIGNÉ.E, DR VÉTÉRINAIRE ..... DÉCLARE AVOIR  
RÉALISÉ.E, EN DATE DU ...../...../.....

- STÉRILISATION
- IDENTIFICATION
- AUTRE PRESTATION VÉTÉRINAIRE (À PRÉCISER).....

SUR L'ANIMAL DOMESTIQUE DONT MADAME/MONSIEUR .....  
EST LA/LE PROPRIÉTAIRE.

ANIMAL : ..... RACE : .....

MONTANT PERÇU : .....€

FAIT À ....., LE .....  
VÉTÉRINAIRE.....  
ADRESSE.....  
TÉLÉPHONE .....

CACHET ET SIGNATURE DU/DE LA VÉTÉRINAIRE :

---

**ATTEST VAN ZORG EN BEWIJS VAN BETALING AFGELEVERD DOOR DE DIERENARTS HIERBIJ  
VERKLAAR**

IK, ONDERGETEKENDE DIERENARTS ..... TE HEBBEN  
UITGEVOERD, OP ...../...../.....

- STERILISATIE
- IDENTIFICATIE
- ANDER VETERINAIR ONDERZOEK (TE SPECIFICEREN).....

OP HET HUIDDIER WAARVAN MEVROUW / HEER ..... DE  
EIGENAAR IS.

DIER: ..... RAS: .....

ONTVANGEN BEDRAG: ..... €

GEDAAN TE ....., OP .....  
DIERENARTS .....  
ADRES .....  
TELEFOON .....

HANDTEKENING EN STEMPEL :