

Tierschutzverein Falkensee-Osthavelland e.V.

Nachweis über Kastrationen/Behandlungen von Tierschutz-Katzen

Die folgende freilebende Katze , Alter....., Geschlecht.....;  
Farbe.....,

Gewicht .....kg, wurde von mir am.....; in.....  
eingefangen und zur Kastration/Behandlung zum Tierarzt gebracht.

Datum .....

.....

Unterschrift

Die folgende freilebende Katze , Alter....., Geschlecht.....;  
Farbe.....,

Gewicht .....kg, wurde von mir am.....; in.....  
eingefangen und zur Kastration/Behandlung zum Tierarzt gebracht.

Datum .....

.....

Unterschrift

Die folgende freilebende Katze , Alter....., Geschlecht.....;  
Farbe.....,

Gewicht .....kg, wurde von mir am.....; in.....  
eingefangen und zur Kastration/Behandlung zum Tierarzt gebracht.

Datum .....

.....

Unterschrift

Die folgende freilebende Katze , Alter....., Geschlecht.....;  
Farbe.....,

Gewicht .....kg, wurde von mir am.....; in.....  
eingefangen und zur Kastration/Behandlung zum Tierarzt gebracht.

Datum .....

.....

Unterschrift

Die folgende freilebende Katze , Alter....., Geschlecht.....;  
Farbe.....,

Gewicht .....kg, wurde von mir am.....; in.....  
eingefangen und zur Kastration/Behandlung zum Tierarzt gebracht.

Datum .....

.....

Unterschrift

Die folgende freilebende Katze , Alter....., Geschlecht.....;  
Farbe.....,

Gewicht .....kg, wurde von mir am.....; in.....  
eingefangen und zur Kastration/Behandlung zum Tierarzt gebracht.

Datum .....

.....

Unterschrift

Die folgende freilebende Katze , Alter....., Geschlecht.....;  
Farbe.....,

Gewicht .....kg, wurde von mir am.....; in.....  
eingefangen und zur Kastration/Behandlung zum Tierarzt gebracht.

Datum .....

.....

Unterschrift