

משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינרים ובריאות המקנה
השירותים הווטרינרים בשדה

נספח א'

בקשה לקבלת פטור מאגרה מוגדלת

פרטי המבקש (בעל הכלב הרשום ברישיון):

שם בעל הכלב	מספר ת.ז. בעל הכלב
כתובת הבעלים	
מספר טלפון	מספר טלפון נוסף

פרטי הכלב:

שם הכלב	מספר שבב	תאריך לידה של הכלב
גזע הכלב	מין	צבע הכלב

הנימוק לבקשה:

פטור עקב מצב רפואי

הנימוק לבקשה _____

פרטי הרופא הווטרינר הקליני הממליץ:

שם	מספר טלפון	טלפון נוסף
מספר רישיון	כתובת	

מסמכים מצורפים:

א. המלצה לפטור והצהרה של הרופא הווטרינר הקליני שהרדמה ו/או ניתוח סירוס/עיקור יסכנו בסבירות גבוהה את חייו של הכלב. בהצהרה יצוין אם מדובר במצב קבוע או זמני. במקרה בו מדובר במצב זמני, יינתן הפטור לשנה אחת.

ב. _____

ג. _____

הצהרת בעל הכלב:

אני _____ מצהיר כי אנקוט בכל האמצעים למנוע הזדווגות של

הכלב _____ מס' שבב _____

תאריך: _____ שם מלא _____

חתימה: _____

החלטת הרופא הווטרינר העירוני:

ניתן פטור קבוע	ניתן פטור זמני עד ליום	לא ניתן פטור
----------------	------------------------	--------------

תאריך _____ שם הרשות _____

שם מלא _____ רישיון _____ חותמת וחתימה _____