 

**Das Hunde- und Katzenhotel**

Horneburger Str.130 44581 Castrop-Rauxel Tel:0176-41841776 Fax:02367-1845667

**Tierärztliche Bescheinigung**

Hiermit wird bescheinigt, dass die Katze(n) von

Herrn / Frau …...........................................................................................

am ….........................................................................................................

gegen Spul- und Bandwurmbefall behandelt worden ist / sind.

Eine Behandlung mit Advantage / Stronghold ist erfolgt.

Die Katze(n) ist / sind frei von Ohrmilben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden Tierarztes