

FEUILLE DE SOINS A ADMINISTRER

LORS DU SEJOUR EN PENSION

Nom de l'animal (*1 feuille par animal*) :

N° identification :

Traitement(s) a administré(s) :

Durée : (*exemple, 2 fois/jour pendant 7 jours*)

Vétérinaire prescripteur :

Ses coordonnées (*adresse postale, N° et mail*) :

A NOTER : une ordonnance en annexe de ce document est obligatoire pour tous soins vétérinaire et non homéopathique à administrer à l'animal. La pension se réserve le droit de demander remboursement en cas de quantité insuffisante des traitements nécessitant un renouvellement en pharmacie/vétérinaire, qui doivent en amont être fournis jusqu'à la fin du séjour.

La pension se décharge de toute responsabilité si le traitement administré n'est pas adapté à la problématique de l'animal et entraîne des complications. La pension s'engage à suivre l'ordonnance prescrite par le vétérinaire. Aucun supplément tarifaire n'est demandé par choix de la pension concernant l'administration. Ce document vaut également pour tous complément et traitement homéopathique.

**Je soussigné avoir pris connaissance
des conditions et être en accord avec cela.**

Signature :