

Parte da far compilare al Suo veterinario

La preghiamo di compilare il nostro modulo di rimborso in tutte le sue parti

Le prestazioni mediche sono state erogate per motivi di:

Nome dell'animale

- malattia
- incidente
- vaccinazione

N° di tatuaggio o microchip Colore

Se si tratta di una malattia

Data di inizio della malattia

Tipo di malattia

Tipo di cure

Se si tratta di un incidente

Data dell'incidente

Tipo di ferite

Tipo di cure

È stato praticato un intervento chirurgico? Sì No

La preghiamo di specificare l'importo di ogni singolo atto

Data	Tipologia delle cure	Tipologia dei medicinali rilasciati*	Qtà	Importo
	Visita			
	Importo del solo vaccino			
Totale				

* I cibi, di qualunque tipo, i prodotti antiparassitari, le lozioni e gli shampoo non danno luogo ad un rimborso e non devono essere riportati nella tabella sopraindicata.

Timbro del veterinario (indispensabile)



Data e firma del veterinario

Certifico sull'onore l'esattezza delle informazioni sopraindicate.

Parte da far compilare al farmacista o al canile

Timbro del farmacista (indispensabile)

Fustelle dei medicinali

Timbro del canile

Farmaci prescritti dal veterinario e rilasciati dal farmacista

Tipologia	Quantità	Importo
Totale		



Firma del farmacista

Spese del canile

In caso di ricovero in ospedale dell'aderente (1)

Data di entrata e di uscita dal canile	Importo delle spese di pensione

(1) Allegare un giustificativo del ricovero in ospedale o in clinica con le date di ammissione e di dimissione.