

**השירותים הווטרינריים העירוניים**

דרך כפר נחמן, ת.ד. 20998, רעננה. פקס. 09-7724302  
טל. 09-7710785, 09-7727902, 09-7722158

**בקשה לדחיית חיסון כלבת מסיבה בריאותית**

**פרטי המבקש**

שם	מספר ת.ז.	כתובת
מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דוא"ל

**פרטי בעל החיים**

סוג	גזע	מין	מעוקר?	גיל	צבע
כלב		ז' / נ'	כן/לא		
מספר שבב		תאריך חיסון כלבת		שם הרופא המחסן	
					הערות

בהתאם לתקנות 3 ו - 6 לתקנות הכלבת (חיסון) התשס"ה-2005 הנני הח"מ פונה בזאת למנהל המחלקה הווטרינרית, לקבלת היתר לדחיית חיסון הכלבת עקב מצבו הבריאותי של הכלב/ה אשר ברשותי.

פירוט הסיבות לבקשה :

---



---



---



---

מצורפים :

מסמכים רפואיים, חוות דעת והמלצת הרופא הווטרינר המטפל.

הנני מצהיר כי אני מודע לעובדה כי :

- בסמכותו של הרופא הווטרינר הרשותי לדחות את חיסון הכלבת בלא יותר משלושה חודשים.
- במידה והדחייה הנדרשת עולה על שלושה חודשים, הנני מתחייב, עוד בטרם תפוג הדחייה הזמנית, להגיש בקשה נוספת לדחיית החיסון, למנהל השירותים הווטרינריים.
- דחיית החיסון אינה פוטרת אותי מתשלום אגרת הרישיון לרשות.

חתימת המבקש \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_