



**S Z P O T A Ń S K I**

Miejscowość, data .....

Telefon: .....

Data przyjazdu: .....

### **ZGODA NA HOSPITALIZACJE KONIA**

Dane konia (imię, data urodzenia, rasa, wiek, maść, nr paszportu):

.....  
.....

Dane właściciela i adres:

.....  
.....

Ja niżej podpisany/a wyrażam świadomą zgodę na hospitalizację i związaną z tym diagnostykę oraz leczenie mojego konia w Lecznicy dla Koni w Łasiecznikach.

Zostałem/am zapoznany i akceptuję ryzyko związane ze znieczuleniem (uspokojeniem farmakologicznym) konia niezbędnym do wykonania badań lub/i zabiegów.

Oświadczam, że udzielono mi wyczerpujących informacji w języku dla mnie zrozumiałym o stanie zdrowia mojego konia, a o wszelkich zmianach będę informowana/y osobiście bądź telefonicznie.

Zobowiązuję się uregulować wszystkie kwestie finansowe związane z diagnostyką, leczeniem oraz ewentualnymi zabiegami chirurgicznymi w określonym terminie.

**Jestem świadomy/a i zgadzam się na użycie leków, które powodują, że mój koń staje się zwierzęciem „niezdatnym do spożycia przez ludzi”, mam świadomość, iż taka informacja zostanie wpisana w dokument zwierzęcia.**

**Rozumiem i zobowiązuję się do zgłoszenia powyższej informacji do Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa.**

**Podpis**

.....