

DENUMIREA UNITĂȚII.....

ADRESA UNITĂȚII.....

COD DE ÎNREGISTRARE CMV.....

## DECLARAȚIE

Subsemnatul/a Dr....., titular al unității de asistență medicală veterinară....., declar că am primit informarea Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor, referitoare la condițiile ce trebuiesc îndeplinite în vederea eliberării pașapoartelor pentru animale de companie ( câini, pisici, dihori).

Totodată, menționez că am informat personalul care își desfășoară activitatea în cadrul unității cu privire la conținutul documentului transmis.

1. Nume și prenume.....

(semnatura și parafa).....

2. Nume și prenume.....

(semnatura și parafa).....

3. Nume și prenume.....

(semnatura și parafa).....

4. Nume și prenume.....

(semnatura și parafa).....

Data

Semnatura și parafă