# Katzenkastration Schleswig-Holstein 2024

## - ausschließlich für freilebende Katzen -

## Auftragsbeleg

**Hinweis für Tierschutzvereine und andere Überbringer:** Bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben! Ohne Auftragsbeleg erfolgt keine Kastration im Rahmen des Vorgehens gegen Katzenelend.

**Hinweis für Tierarztpraxen:**

**Es erfolgt nur eine Abrechnung für in den teilnehmenden Gemeinden gefangene Katzen (siehe Liste)!**

Bitte mit der Abrechnung bei der Geschäftsstelle der Tierärztekammer einreichen! Ohne diesen Beleg erfolgt keine Auszahlung aus dem Fonds.

**Wer hat die Katzen zur Kastration gebracht?**

Beleg-Nr. (**Bitte frei lassen** für Vermerk Tierärztekammer):

Verein: _____

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

| **Fundort (Gemeinde und Kreis)** **Nur eine Gemeinde!** | **Anzahl weibliche Katzen** | **Anzahl männliche Katze** |
|---|---|---|
| | | |

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass es sich bei den überbrachten Katzen ausschließlich um freilebende Tiere handelt, die eingefangen wurden.

_____

Datum Unterschrift

Bitte beachten: Anlagen: Datenschutzhinweise gem. DSGVO und Gemeindeliste