

Name des Tieres: _____

Gattung / Rasse: _____

Alter / Geb.Datum: _____

Gewicht: _____

Todesdatum: _____

- Einzelkremierung
 Gemeinschaftskremierung

Name des Tierarztes: _____

**Inhaber Michael Schneider
Telefon 07432 982 414
Onstmettinger Straße 48/1**

Name und Anschrift des Tierhalters:

Telefon: _____

Datum / Unterschrift:

**Mobil 0152 04626452
72459 Albstadt**

