

zanie o szczepieniu psa przeciw wścieklźnie nr: S366/08/2018
i adres posiadacza zwierzęcia:
Schronisko dla Bezdomnych Zwierząt w Radysach
12-230 Biała Piska, Radysy 13

ane psa
Nazwa: 8303/16
Płeć: SAMICA

Rasa: MIX...
Wiek: 3 L Maść: BIAŁA

Data szczepienia: 27/08/2018
Nazwa i nr serii szczepionki: Rabisin R L452205
Termin Następnego szczepienia: 26/08/2019

.....Radysy 27/08/2018.....
Miejscowość i data wystawienia zaświadczenia

Drn. wet. PRZEMYSŁAW BARTOSZEK
lek. z wydziału
specjalista chorób koni
pieczęć i podpis lekarza weterynarii

NUMER 8303/16

01.08.2016

ix

1 rok

średnie

krótko

dlugi

średnia

bez uszy

Imię i

Miejsce odłowienia

Gonycdy

Zwierzęta

Gmine - Kojne

Złota

ps

Określenie choroby

01.08.16 r.
Vanguard 2
445322A01

PRZEMYSŁAW BARTOSZEK
lek. wet. w wydziale
specjalista chorób koni
tel. 95 222 484

01.08.16
RABISIN R

Stwierdzenie

Stwierdzenie

Wzrost i ciąża
Profilaktyka 19.08.16 r.
meatoprazolona Decomax

DATA WYSTAWIENIA ZAŚWIADCZENIA

odpisy

7.10.19r.

Przebieg

Data wystawienia

Adres wystawienia

PODPISY

Podpis osoby wystawiającej

Właściciel

ZASWIADCZENIE Nr 51810/1/2018
o szczepieniu psa przeciwko wścieklicznie
(zgodny z liczbą porządkową w rejestrze)

1. Imię i nazwisko albo nazwa posiadacza psa SCHRONISKO DLA BEZDOMNYCH ZWIERZĄT s.c.
2. Adres posiadacza psa
(miejscowość, ulica, nr domu, gmina, powiat) Radysy 13
e-mail: schronisko-radysy@wp.pl

10357/18
06.01.2018

Opis psa:
1. Nazwa 10354/18
2. Rasa mix
3. Płeć ♂
4. Wiek lub data urodzenia 10 lat
5. Maść brązowa rdz.
6. Znaki szczególne

mix
WIEK do 10 lat
WIELKOŚĆ duży
OGON duży


Data szczepienia	Nazwa, nr serii i data ważności szczepionki	Termin następnego szczepienia
<u>21.01.2018</u>	<u>Verisican DHPPI 2hr 75562401</u>	<u>11.01.2019</u>

Radysy 21.01.2018
miejscowość i data wystawienia zaświadczenia

PRZEMYSŁAW BARTOSZEK
lekarz weterynarii
specjalista chorób koni
tel. 695 222 484
pieczętka i podpis lekarza weterynarii


MIEJSCE ODŁOWIENIA
ZLECENIODAWCA Guine Zbogie
ZGŁASZAJĄCY ju
PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA

OKRES KWARANTANNY OD 06.01.2018 DO 02.02.2018

SZCZEPNIENIE 02-02-2018

Lot: 75562401
EXP: 09.03.2019
PRZEMYSŁAW BARTOSZEK
lekarz weterynarii
specjalista chorób koni
tel. 695 222 484

STERYLIZACJA

LECZENIE I ZABIEGI

ODROBACZENIE 02-02-2018

Przemysław Bartoszek
LEKARZ WETERYNARII
specjalista chorób koni

ODPCHLENIE 02-02-2018
B. K. me

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI

PRZYCZYNA Woreppe 2018

DANE WŁAŚCICIELA

OSOBISTE DANE WŁAŚCICIELA

KARTA EWIDENCYJNA NR 11866118

DATA 07.11.2018.

OPIS PSA I RASA mix

PŁEĆ samiczka WIEK 12 lat

UMASZCZENIE czarna podp. WIELKOŚĆ średnie

SIERŚĆ krótko OGON średni

STAN ZDROWIA _____

IMIĘ _____

MIEJSCE ODŁOWIENIA _____

ZLECENIODAWCA Gmina Zbójno

ZGŁASZAJĄCY ju

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA _____

OKRES KWARANTANNY OD 07.11.2018. DO 08.01.2019.

SZCZEPNIENIE 08.01.2019.



Dr. med. PRZEMYSŁAW BARTOSZEK
lek. wet. w specjalności
specjalista chorób koni

STERYLIZACJA _____

LECZENIE I ZABIEGI _____

ODROBACZENIE inRar

ODPCHLENIE EFIPRO

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI 04.02.2019

PRZYCZYNA adopcja

DANE WŁAŚCICIELA _____
ADRES WŁAŚCICIELA _____

KARTA EWIDENCYJNA NR

11488113

DATA

09.08.2018.

OPIS PSA I RASA

mix

PŁEĆ

Samiec

WIEK

ok. 3let

UMASZCZENIE

nuda

WIELKOŚĆ

mała

SIERŚĆ

krótka

OGON

długi

STAN ZDROWIA

IMIĘ

MIEJSCE ODŁOWIENIA

ZLECENIODAWCA

Gmina Zbójne

ZGŁASZAJĄCY

JK

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA

OKRES KWARANTANNY OD

09.08.2018.

DO

12.08.2018.

SZCZEPIENIE

1 2 -03- 2018



Dr n. wet. PRZEMYSŁAW BARTOSZEK
lek. wet. specjalista
specjalista chorób zaraźliwych

STERYLIZACJA

LECZENIE I ZABIEGI

ODROBACZENIE



ODPCHLENIE

EFIPRO

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI

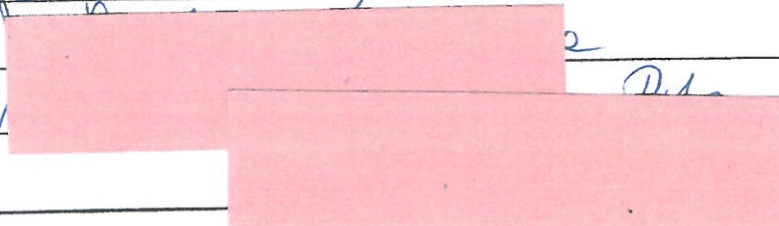
19/10/2018

PRZYCZYNA

Adopcja

DANE WŁAŚCICIELA

ADRES WŁAŚCICIELA



KARTA EWIDENCYJNA NR 1.1637115

DATA 04.03.2018r.

OPIS PSA I RASA mix

PŁEĆ samica WIEK ok. 2let

UMASZCZENIE mała WIELKOŚĆ duża

SIERŚĆ krótko OGON duży

STAN ZDROWIA _____

IMIĘ Kulunydro

MIEJSCE ODŁOWIENIA _____

ZLECENIODAWCA Gmina Złoczyn

ZGŁASZAJĄCY ju

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA _____

OKRES KWARANTANNY OD 04.03.2018r. DO 01.12.2018r.

SZCZEPIENIE 01.10.2018r.



STERYLIZACJA _____

LECZENIE I ZABIEGI _____

ODROBACZENIE 01.10.18

ODPCHLENIE 01.10.18

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI 29.01.2019r.

PRZYCZYNA edycja

DANE WŁAŚCICIELA _____

ADRES WŁAŚCICIELA _____

Dr. n. wet. Przemysław Bartoszek
KARZ WETERYNARYJNY
specjalista chorób koni

60137

InPar

EF PRO

KARTA EWIDENCYJNA NR 11635115

DATA 04.08.2018.

OPIS PSA I RASA mix

PŁEĆ samiec WIEK ok. 2 lat

UMASZCZENIE czarna podp. WIELKOŚĆ duży

SIERŚĆ krótko OGON średni

STAN ZDROWIA _____

IMIĘ _____

MIEJSCE ODŁOWIENIA _____

ZLECENIODAWCA Cyprino Zbójko

ZGŁASZAJĄCY ju

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA _____

OKRES KWARANTANNY OD 04.08.2018. DO 01.10.2018.

SZCZEPIENIE 01.10.2018.

Dr n. Wet. Przemysław Bartoszek

LEKARZ

specjalista chorób koni



STERYLIZACJA _____

LECZENIE I ZABIEGI _____

ODROBACZENIE Inten

ODPCHLENIE EPIPRO

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI 13.02.2019

PRZYCZYNA adopcja

DANE WŁAŚCICIELA _____

ADRES WŁAŚCICIELA _____

KARTA EWIDENCYJNA NR 120551A8

DATA 27.11.2018.

OPIS PSA I RASA Mix

PŁEĆ samicę WIEK do 3l

UMASZCZENIE czarne podp. WIELKOŚĆ duża

SIERŚĆ krótko OGON duży

STAN ZDROWIA _____

IMIĘ czarna podp. czarzakowaty

MIEJSCE ODŁOWIENIA _____

ZLECENIODAWCA _____

ZGŁASZAJĄCY _____ Gmine Zbójno

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA _____

OKRES KWARANTANNY OD 27.11.2018.

SZCZEPIENIE 08.01.2019. DO 09.01.2019.



STERYLIZACJA _____

LECZENIE I ZABIEGI _____

ODROBACZENIE InPaw

ODPCHLENIE EFIPRO

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI 29.03.2019

PRZYCZYNA adopcja

DANE WŁAŚCICIELA _____

ADRES WŁAŚCICIELA _____

KARTA EWIDENCYJNA NR

12921/18

DATA

27.06.2018.

OPIS PSA I RASA

mix

PŁEĆ samiec

WIEK

ok. 4 lat

UMASZCZENIE

rusły

WIELKOŚĆ

duży

SIERŚĆ

krótka

OGON

duży

STAN ZDROWIA

IMIĘ

Serwis

MIEJSCE ODŁOWIENIA

ZLECENIODAWCA

Cyprine Zbożyna

ZGŁASZAJĄCY

ju

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA

OKRES KWARANTANNY OD

27.06.2018.

DO

03.08.2018.

SZCZEPIENIE

10.07.18.

VERSICAN Plus DP
karta
Loc: 16622401
EXP: 24.10.2019

Biocan R
Szczepionka przeciwko wściekliźnie
No ser: 335924A
Bioreta, s. s. Termin ważności: 05.09.2019
50153

08-08
2018

BARTELOMIJ KALBARCZYK
lekarz weterynarii
ul. Kamińców 93
44-141 Bilwice
tel. 063 705-857

50153

STERYLIZACJA

LECZENIE I ZABIEGI

ODROBACZENIE

Inten 28.06.2018r., 12.08.2018r.

ODPCHLENIE

FIPRON

- 11 -

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI

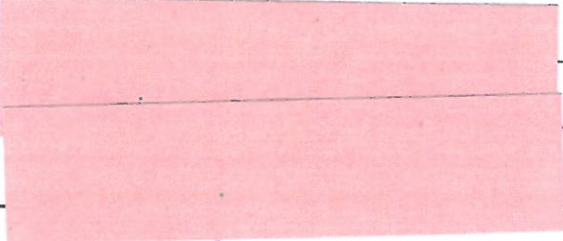
10.08.2018r.

PRZYCZYNA

adopcja

DANE WŁAŚCICIELA

ADRES WŁAŚCICIELA



KARTA EWIDENCYJNA NR 12985119

DATA 11.07.2019.

OPIS PSA I RASA _____

PŁEĆ samiec WIEK do 3lat

UMASZCZENIE Tańceta WIELKOŚĆ meśe

SIERŚĆ krótkie OGON duży

STAN ZDROWIA _____

IMIĘ _____

MIEJSCE ODŁOWIENIA _____

ZLECENIODAWCA Gminne Zbojnie

ZGŁASZAJĄCY JN

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA _____

OKRES KWARANTANNY OD 11.07.2019. DO 31.07.2019.

SZCZEPIENIE 12.07.19
lekarz weterynarii
ul. Redyków 93
44-141 Gliwice
tel. 663-385-867

VERSICAN Plus DP
Lot: 16622401
EXP: 24.10.2019

← 3102
2019

Biosan R
Szczepionka przeciwko wściekliźnie
Nr serii: 3359244
Białeża, 8. 1. Teren wdrożenia: 05.09.2019

BARTŁOMIJA KALBARCZYK
lekarz weterynarii
ul. Redyków 93
44-141 Gliwice
tel. 663-385-867

STERYLIZACJA _____

LECZENIE I ZABIEGI _____

ODROBACZENIE InPer 11.07.2019.

ODPCHLENIE FIPRON

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI 01.08.2019.

PRZYCZYNA adopcja

DANE WŁAŚCICIELA _____

ADRES WŁAŚCICIELA _____

KARTA EWIDENCYJNA NR

12984119

DATA

11.07.2019r.

OPIS PSA I RASA

mix

PŁEĆ

samiec

WIEK

ok. 3 lat

UMASZCZENIE

nudy

WIELKOŚĆ

sredni

SIERŚĆ

krótka

OGON

duży

STAN ZDROWIA

IMIĘ

MIEJSCE ODŁOWIENIA

ZLECENIODAWCA

Gymne Zbojnia

ZGŁASZAJĄCY

ju

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA

OKRES KWARANTANNY OD

11.07.2019r.

DO

31.07.2019r.

SZCZEPIENIE

12.07.19r.

BARTŁOMEJ KALBARCZYK
lekarz weterynarii
ul. Rojników 93
44-141 Gliwice
tel. 663-385-867

VERSICAN Plus DP
Lot: 16622401
EXP: 24.10.2019

31.07
2019

BioCan II
Szczepionka przeciwko wściekliznie
Wzrost: 335924A
Bioveta, s. s. Termin ważności: 05.09.2019

BARTŁOMEJ KALBARCZYK
lekarz weterynarii
ul. Rojników 93
44-141 Gliwice
tel. 663-385-867

STERYLIZACJA

LECZENIE I ZABIEGI

ODROBACZENIE

InPov

ODPCHLENIE

FIPRON

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI

01.08.2019r.

PRZYCZYNA

adopcyje

DANE WŁAŚCICIELA

ADRES WŁAŚCICIELA

KARTA EWIDENCYJNA NR 1344511P

DATA 05.11.2019

OPIS PSA I RASA mix

PŁEĆ samiec WIEK di. 1 roku

UMASZCZENIE czw. podp. WIELKOŚĆ średnie

SIERŚĆ krótka OGON duży

STAN ZDROWIA _____

IMIĘ _____

MIEJSCE ODŁOWIENIA _____

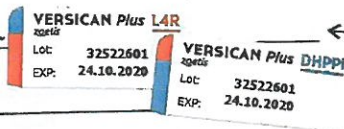
ZLECENIODAWCA Cym. Zbojme

ZGŁASZAJĄCY ju

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA _____

OKRES KWARANTANNY OD 05.11.2019 DO 19.11.2019

SZCZEPIENIE 08.11.19



STERYLIZACJA _____

LECZENIE I ZABIEGI _____

ODROBACZENIE em Pan 05.11.19, 21.03.2020

ODPCHLENIE FIPRON -11- -11-

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI 21.03.2020

PRZYCZYNA Adopcja

DANE WŁAŚCICIELA _____

ADRES WŁAŚCICIELA _____

KARTA EWIDENCYJNA NR 13444/11

DATA 05.11.2019.

OPIS PSA I RASA mix

PŁEĆ sewiece WIEK do 146

UMASZCZENIE brzy WIELKOŚĆ duży

SIERŚĆ krótkie OGON średni

STAN ZDROWIA _____

IMIĘ _____

MIEJSCE ODŁOWIENIA _____

ZLECENIODAWCA _____

ZGŁASZAJĄCY _____ Gym. Zbojnie

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO PSA DO SCHRONISKA _____ iw

OKRES KWARANTANNY OD 05.11.2019. DO _____

SZCZEPNIENIE 26.11.2019. _____

STERYLIZACJA _____

LECZENIE I ZABIEGI _____

ODROBACZENIE _____

ODPCHLENIE _____

DATA ZDJĘCIA Z EWIDENCJI 04.12.2019.

PRZYCZYNA Kucharska skomina, rólce w tył

DANE WŁAŚCICIELA _____

ADRES WŁAŚCICIELA _____

BARTOŁDZKI IKARUS
leżak wózek
ul. Rolnicza 95
44-141 Gliwice
tel. 83-305-867

50785