

|  |
| --- |
| **ASSURANCE SANTE CHIEN CHAT** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Votre compagnon :** |  | chien |  | chat |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Son nom :** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **De quel sexe :** |  | Femelle |  | Mâle |  |  |
| **Quelle est la race :** |  |  |  |  |  |  |
| **Est-ce un chien d'attaque / de défense :** |  | Non |  | Oui |  |  |
| **Système d'identification :** |  | Tatouage |  | puce |  | aucun |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Formule souhaitée :** |  | Essentielle |  | Confort |  | Intégrale |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Votre nom :** |  | **Votre prénom :** | |
| **Adresse :** |  |  |  |
| **Téléphone :** |  | **Mail :** |  |
|  |  |  |  |

*Cabinet A.S.C. – 1630 Chemin des Combes – 06600 ANTIBES*

*Tel : 04.93.65.86.40 Mail : asc06600@gmail.com*