



COLEGIUL MEDICILOR VETERINARI

BIROUL EXECUTIV

Splaiul Independenței 105, sector 5, Cod 050097, BUCUREȘTI

Telefon 021/319.45.04; Fax 021/319.45.05 www.cmvro.ro

E-mail: office@cmvro.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 21554/2011

În temeiul:

- Legii nr. 160 din 30 iulie 1998 pentru organizarea și exercitarea profesiei de medic veterinar, republicată cu modificările și completările ulterioare,
- Regulamentului de Organizare și Funcționare al Colegiului Medicilor Veterinari, art. 17 lit. q)

Consiliul Național al Colegiului Medicilor Veterinari adoptă:

HOTĂRĂREA NR. 49/13.03.2014

Art. 1. Anexa nr. 2, prevăzută la art. 2 din Hotărârea nr. 34/01.12.2012 se înlocuiește cu Anexa nr. 2/A, la prezenta hotărâre.

Art. 2. Începând cu data de 13.03.2014, intră în vigoare prevederile Anexei 2/A, parte integrantă a prezentei Hotărâri.

Art. 3. Celelalte prevederi ale Hotărârii nr. 34/01.12.2012 rămân neschimbate.

Art. 4. Prezenta Hotărâre a fost adoptată de către Consiliul Național al Colegiului Medicilor Veterinari cu unanimitate de voturi, azi 13.03.2014.

Președintele

Colegiului Medicilor Veterinari

Conf. Univ. Dr. Viorel ANDRONIE



CERERE/SOLICITARE/ACCEPTARE A EUTANASIEI

Subsemnatul persoană fizică/Subscrisa persoană juridică
domiciliat/sediu social în în calitate de
proprietar/reprezentant legal.....,
posesor al actului de identitate BI/CI*,
Seria.....nr.....CNP/CIF/CUI.....

Proprietar al câinelui/pisicii/altă specie/ _____ rasa _____ vârstă _____ sex _____
Cod de identificare.....

Solicit și sunt de acord cu eutanasierea animalului mai sus-menționat.
Eutanasia se va efectua conform **“Ghidului pentru eutanasia animalelor”** aprobat prin
Hotărârea Consiliul Național al Colegiului Medicilor Veterinari nr. 19/2011.

De asemenea, menționez următoarele: câinele/pisica nu a mușcat, nu a zgâriat și
nu a fost agresiv/ă în ultimele 14 zile

Această procedură se face la cererea mea. Declar pe proprie răspundere că la
momentul cererii/solicitării/acceptării eutanasierii, nu mă aflu sub influența băuturilor
alcoolice sau a substanțelor halucinogene și sunt proprietar cu drepturi depline asupra
animalului.

Data:

Nume, prenume proprietar/Reprezentant persoană juridică:

Semnătura:

Medic veterinar:

Semnatura:

*Se verifică conformitate cu actul de identitate

