



## Vermittlungsvertrag zwischen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_ Name der Katze : \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

und dem **Katzenschutz Hattingen e.V.**

Hiermit erkläre ich mich bereit, die vom Katzenschutz Hattingen übernommen Katze(n) sorgsam zu pflegen, artgerecht zu halten und nach Erreichen des Mindestalters (ca. 7 Mon.) kastrieren zu lassen. Ab 01.01.2017 Kastrations- und Registrierungspflicht (Chip).  
Registrieren bei: <https://www.tasso.net/Tierregister/Tier-registrieren>

Katze(n) Alter: _____	Impfung Schnupfen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Geschlecht: _____	Impfung Seuche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rasse: _____	Vorsorgeimpfung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Farbe: _____	Entwurmung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Reg.-Nr. _____	Kastriert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Mitglieder/Ansprechpartner: **Becker, Sylvia** Tel.: (0 23 24) 6 74 34  
**Dragon, Irene** Tel.: (02 34) 97 35 599  
**Stangohr, Katrin** Tel.: (0179) 97 56 37 3

Sollte ich die Katze(n) nicht behalten können, versichere ich, dass ich den Katzenschutz davon in Kenntnis setze, um die Katze(n) entweder an den Katzenschutz zurückzugeben oder durch den Katzenschutz weitervermitteln zu lassen.

Es ist mir bekannt, dass der Katzenschutz berechtigt ist, sich nach dem körperlichen und seelischen Zustand der Katze(n) zu erkundigen und persönliche Kontrollen durchführen kann.

Ich versichere, dass ich die Katze(n) nicht zu Tierversuchen oder an einen Händler abgebe. Ich nehme zur Kenntnis, dass mir bei einem Verstoß ein Zwangsgeld auferlegt werden kann.

Adressenänderungen teile ich dem Katzenschutz unverzüglich mit.

Zeigen sich innerhalb von 48 Stunden nach Übernahme der Katze(n) Krankheitsanzeichen, setze ich mich mit dem Vermittler in Verbindung und gebe nach Rücksprache entweder die Katze an den Katzenschutz für die Zeit der Behandlung zurück oder setze mich mit der Vertragstierärztin des Vereins in Verbindung, um auf Kosten des Vereins die Katze(n) behandeln zu lassen.

Tierärzte: **Tierarztpraxis Dr. Brockhaus**, Südring 44, 45525 Hattingen, Tel. (0 23 24) 90 25 80 3  
**Tierarztpraxis Stüwe**, Alte Bergstr. 18, 45549 Sprockhövel, Tel.: (0 23 24) 7 98 73  
**Tierarztpraxis Bettina Röder**, Gasstraße 1, 45525 Hattingen, Tel. (0 2324) 68 39 80

Kastrationserstattung: \_\_\_\_\_ Impferstattung: \_\_\_\_\_

Spende: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_