

Försäkringsnummer

**Intyg av ojävigt vittne 1**

Djurägarens namn		
Adress	Postnr	Postort

SE- och individnummer	Kön <input type="checkbox"/> Handjur <input type="checkbox"/> Hondjur	Ras
När dog/avlivades djuret (år, mån, dag)	Har du själv sett det döda djuret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vid "Ja", ange datum (år, mån, dag)
Vittnets uppgifter om skadan/dödsfallet		

Riktigheten av ovan lämnade uppgifter intygas:

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande	Telefon
-------	--------------	-------------------	---------

**Intyg av ojävigt vittne 2**

Djurägarens namn		
Adress	Postnr	Postort

SE- och individnummer	Kön <input type="checkbox"/> Handjur <input type="checkbox"/> Hondjur	Ras
När dog/avlivades djuret (år, mån, dag)	Har du själv sett det döda djuret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vid "Ja", ange datum (år, mån, dag)
Vittnets uppgifter om skadan/dödsfallet		

Riktigheten av ovan lämnade uppgifter intygas:

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande	Telefon
-------	--------------	-------------------	---------