

לכבוד,

הועדה המקצועית למלחמה במחלת ההיפדיספלזיה
של ההתאחדות הישראלית לכלבנות

טופס אישור על צילום אגן

רצ"ב צילום אגן של הכלב/ה _____
מס' סגי"ר _____ מס' שבב/צי"פ _____
גזע _____ מין _____ תאריך לידה _____
בבעלות _____
כתובת _____
טלפון _____ דוא"ל: _____

הגשת הצילום לועדה כרוכה בתשלום

הצילום ישמר במשרד ההי"ל במשך 12 חודשים מקבלתו. לאחר מכן יושמד

הצהרת הוטרינר/ית שבצע את הצילום:

הנני מאשר/ת כי צילמתי את האגן של הכלב/ה שפרטיו רשומים לעיל
_____ הכלב/ה נושא/ת קעקוע מס' ס.ג.י.ר הנ"ל.
_____ בצעתי קעקוע זהה למספר ס.ג.י.ר הנ"ל.
_____ קראתי את מספר השבב/צי"פ הנ"ל.

הוטרינר/ית מתבקש/ת לא לחוות דעתו על הציון האפשרי.

שם הוטרינר/ית _____
כתובת הוטרינר/ית _____
תאריך _____ חתימה הוטרינר/ית _____