



Beantragung des Titels „Canine Health Responsibility“

Besitzer:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ Wohnort: _____
 Tel: _____ Fax: _____
 Email: _____ Mitglied CASD: ja nein

Daten zum Hund:

Name: _____
 Registernummer: _____ Geburtsdatum: _____
 Züchter: _____

Voraussetzungen zum Titel „Canine Health Responsibility“:

Bitte die Ergebnisse eintragen und Kopien der Untersuchungsergebnisse als Nachweis beifügen.

HD (Ergebnis)	ED (Ergebnis)	Augen (Datum der Untersuchung/Ergebnis – es gilt nicht die Welpenagenuntersuchung)	MDR (Ergebnis)

Hiermit erteile ich die Genehmigung zur Veröffentlichung der Daten

Datum

Unterschrift des Besitzers

Bitte schicken Sie die Unterlagen an folgende Adresse: Susanne Müller, Ittlinger Str. 13/1, 74912 Kirchardt

*CASD Canine Health Responsibility
 ProgrammeWE TAKE CARE!*

