



Beantragung des Titels „Canine Health Responsibility I“

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 I“:

Bitte das Ergebnis eintragen und eine Kopie des Untersuchungsergebnisses als Nachweis beifügen.

HSF4	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 Kirchartd

*CASD Canine Health Responsibility
 ProgrammeWE TAKE CARE!*

