



Beantragung des Titels „Canine Health Responsibility II “

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 II “:

Bitte das CEA und PRA Ergebnis eintragen und die Kopie des Untersuchungsergebnisses als Nachweis beifügen.

| | |
|-----|-------|
| CEA | Datum |
| PRA | Datum |
| DM | Datum |

Datum

Unterschrift des Besitzers

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

Bearbeitungsvermerke CASD

An Rosi Koch zur Ausstellung des Titels

Bearbeitet – Datum

Susanne Müller