

IZJAVA VETERINARJA IN LASTNIKA PSA PRED OCENJEVANJEM DISPLAZIJE PRI PSIH

VETERINARSKA ORGANIZACIJA: _____

Naslov: _____

Telefon: _____ e.mail: _____

Fax: _____

Potrjujemo, da smo preverili in potrdili identiteto psa, za katerega pošiljamo slike za ocenitev displazije, z originalnim rodovnikom.

Kraj in datum: _____ Podpis in žig veterinarja: _____

LASTNIK PSA/PSICE:

Podpisani _____, stanujoč _____
s svojim podpisom potrjujem, da je pes/psica _____,
pasma _____, rojen/a _____,
številka čipa _____ istoveten/na z rodovnikom, ki ga predajam
zanjo.

Prav tako potrjujem, da ta žival ni bila nikoli operativno zdravljena zaradi katerekoli prirojene napake na sklepih (displazije).

S svojim podpisom dovoljujem, da se ocene lahko uporabijo za statistične analize stanja v populaciji psov.

Kraj in datum: _____ Podpis lastnika: _____