**טופס אישור על צילום אגן / מרפקים**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פרטי הכלב** | גזע: | | תאריך לידה: | | מין:  🞎 זכר 🞎נקבה |
| שם הכלב: | | מספר שבב: | | מספר סג"יר: |
| **פרטי בעלי הכלב** | שם פרטי ומשפחה: | טלפון: | | דוא"ל: | |
| כתובת: | | עיר: | | מיקוד: |
| **פרטי הוטרינר המצלם** | שם הוטרינר: | | מספר רשיון: | | |
| כתובת המרפאה: | | עיר: | | מיקוד: |
| **הצהרת הוטרינר המצלם** | 🞎 אני מאשר שבדקתי את הכלב/ה ומצאתי שהוא נושא/ת שבב (צ'יפ) שמספרו כנ"ל  🞎 הנני מאשר/ת כי צילמתי את האגן / מרפקים של הכלב/ה שפרטיו רשומים לעיל | | | | |

**הוטרינר המצלם מתבקש שלא לחוות דעתו על הציון האפשרי**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **חתימת הוטרינר** | תאריך: | חתימה: | חותמת: |