**טופס אישור על צילום אגן / מרפקים**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **פרטי הכלב** | גזע:  | תאריך לידה: | מין:🞎 זכר 🞎נקבה |
| שם הכלב:  | מספר שבב: | מספר סג"יר: |
| **פרטי בעליהכלב** | שם פרטי ומשפחה: | טלפון: | דוא"ל: |
| כתובת: | עיר: | מיקוד: |
| **פרטי הוטרינרהמצלם** | שם הוטרינר: | מספר רשיון: |
| כתובת המרפאה:  | עיר: | מיקוד: |
| **הצהרתהוטרינרהמצלם** | 🞎 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **חתימתהוטרינר** | תאריך: | חתימה: | חותמת: |