

**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 za potrebe veterinarske stroke in vzreje psov pod okriljem KZS.

Kraj in datum: _____ Podpis lastnika: _____