

ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA NEPOVINNÁ VYŠETŘENÍ
Na základě Směrnice 1/2015 (Zdravotní program)

Jméno psa/feny	
Zdravotní vyšetření	
Jméno a příjmení majitele psa/feny	
Číslo účtu majitele psa/feny (včetně směrového kódu banky)	

Žádám o příspěvek od KPCHP za vyšetření x 200 Kč =Kč

Prohlašuji, že deklarované informace o vyšetřeních jsou úplné a správné. Částku prosím uhradte na uvedené číslo účtu.

Jako variabilní symbol použijte číslo zápisu psa/feny.....

Jako přílohu přikládám kopie zdravotních vyšetření a souhlasím se zveřejněním výsledků zdravotních vyšetření na webu KPCHP a ve zpravodaji KPCHP.

V.....

Dne.....

.....
Podpis chovatele

Úplně a pravdivě vyplněný formulář pošlete na hlavního poradce chovu.
Příspěvek obdržíte do 2 měsíců od předání této žádosti.

Pro případné dotazy k programu zdraví prosím kontaktujte místopředsedu KPCHP Karla Peroutku, e-mail KarlosPeroutka@seznam.cz, tel. 605 716 618.