



ZWIĄZEK KYNOLOGICZNY W POLSCE

ODDZIAŁOWA KOMISJA HODOWLANA W ZABRZU

WNIOSEK O NADANIE UPRAWNIENÍ HODOWLANYCH

RASA:

IMIĘ I PRZYDOMEK

PŁEĆ

NUMER RODOWODU

PKR.

NUMER REJESTRACYJNY

/XXXIX/

SPEŁNIONE WYMOGI HODOWLANE:

WYSTAWY

	DATA	MIEJSCE	RANGA WYSTAWY	OCENA	NAZWISKO SĘDZIEGO
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TESTY PSYCHICZNE

ZALICZONO?	DATA	MIEJSCE	NAZWISKO SĘDZIEGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

WYSZKOLENIE

POZIOM WYSZKOLENIA	DATA	MIEJSCE	NAZWISKO SĘDZIEGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DYSPLAZJA

WYKONANO BADANIE	DATA	WYNIK	NAZWISKO LEKARZA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wypełniony i podpisany wniosek należy przesać mailem na adres zabrze@zkwp.pl

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA:

MAIL:

TELEFON:

DATA:

PODPIS: