



## Beantragung des Titels „Canine Health Responsibility“

### Antragsteller & Eigentümer

Name:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Vorname:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Straße:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PLZ/Ort:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
E-Mail:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	CASD-Mitglied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Daten zum Hund

Name:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Geb.dat.:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	ZuchtbuchNr	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Züchter:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Rüde <input type="checkbox"/> Hündin
Rasse:	<input type="checkbox"/> Australian Shepherd <input type="checkbox"/> Miniature American Shepherd		

### Titel

	Ergebnis	Datum
<input type="checkbox"/> CHR	HD	
	ED	
	Augen	
	MDR1	
<input type="checkbox"/> CHR I	HSF4	
<input type="checkbox"/> CHR II	CEA	
	PRA	
	DM	

Bitte die Ergebnisse eintragen und Kopien der Untersuchungsergebnisse als Nachweis im **PDF Format** beifügen. Email an: [chr-titel@casd-aussies.de](mailto:chr-titel@casd-aussies.de)

Datum:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Unterschrift	<input style="width: 95%;" type="text"/>
--------	--	--------------	--

Das Dokument wird elektronisch versendet und muss nicht unterschrieben werden.