

## SOGLASJE ZA OBJAVO PREGLEDA OČI ZA PASMO LHASA APSO

Ime in priimek lastnika / Name of the owner:

\_\_\_\_\_

Naslov /Address:

\_\_\_\_\_

Kraj, država / City, Country :

\_\_\_\_\_

Rodovniško ime psa / Pedigree name of the dog:

\_\_\_\_\_

Rodovniška številka/ Pedigree Reg. No : \_\_\_\_\_

Oče / Sire: \_\_\_\_\_

Mati / Dam: \_\_\_\_\_

Datum rojstva / DOB: \_\_\_\_\_

Datum (zadnjega) pregleda oči /date of the (last) eye examination : \_\_\_\_\_

Podpisani se strinjam z objavo izvida pregleda oči mojega psa na internetni strani ILAC. / I agree with the publication of the eye examination of my dog on the ILAC site.

**Podpisani prilagam kopijo izvida – pregleda oči.**

DATUM / DATE: \_\_\_\_\_      PODPIS / SIGNATURE: \_\_\_\_\_