Fullmakt för anmälan av testresultat eller sjukdom till

Sällskapet Sibirisk katt



Fullmaktsgivare (tillika ägare av katten)

|  |  |
| --- | --- |
| Namn  Ange För- och Efternamn | Telefon  Ange telefonnummer |
| Adress  Ange adress | E-post  Ange e-postadress |
| Postadress  Ange postadress |  |

Fullmaktstagare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn  Ange För- och Efternamn | Telefon  Ange telefonnummer |
| Adress  Ange Adress | E-post  Ange e-postadress |
| Postadress  Ange postadress |  |

Katt som omfattas av denna fullmakt

|  |  |
| --- | --- |
| Kattens fullständiga namn enligt stamtavlan (inklusive stamnamn som vanligtvis börjar med S\* eller SE\*):  Ange kattens fullständiga namn | |
| Födelsedatum:  Ange födelsedatum YYYY-MM-DD | Registeringsnummer:  Ange kattens reg.nummer |

Härmed godkännes att Fullmaktstagaren har rätt att informera Sällskapet Sibirisk katt om:

Hälsotester som är gjorda på katten, samt dess resultat  Ja  Nej

Sjukdomar/defekter som konstaterats på katten  Ja  Nej

Fullmaktstagaren har även rätt att godkänna öppen publicering av inrapporterad information enligt denna fullmakt i Fullmaktsgivarens ställe:  Ja  Nej

Underskrift av Fullmaktsgivare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Signatur: | Namnförtydligande: |