Fullmakt för anmälan av testresultat eller sjukdom till

Sällskapet Sibirisk katt



Fullmaktsgivare (tillika ägare av katten)

|  |  |
| --- | --- |
| NamnAnge För- och Efternamn | TelefonAnge telefonnummer |
| AdressAnge adress | E-postAnge e-postadress |
| PostadressAnge postadress |  |

Fullmaktstagare

|  |  |
| --- | --- |
| NamnAnge För- och Efternamn | TelefonAnge telefonnummer |
| AdressAnge Adress | E-postAnge e-postadress  |
| PostadressAnge 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: |