

Teilnehmer-Formular



Formular mit **Kopie der Ahnentafel** und einem deutlichen Foto einsenden an:
Send in a form with a **copy of the pedigree** and a picture of the neck with the swirl to :
Envoyer un formulaire avec une copie du pedigree et une photo du vortex à :

Prof. Dr. Tosso Leeb
Institute of Genetics, University of Bern
Bremgartenstrasse 109 a, P.O. Box 3350
3001 Bern, Switzerland

NAME DES HUNDES
NAME OF THE DOG

NOM DU CHIEN

Geschlecht Rüde / male / *mâle*
Sex / Sexe: Hündin / female / *femelle*

Stammbuch-NR:

Wurfdatum:;

N° LOS :

DATE OF BIRTH

Date de naissance:

Tato/Chip:

Vater :

Male:

Père :

Mutter :

Female:

Mère:

Grösse Hund: _____ cm

Size of the dog:

Taille :

betroffene Geschwister ja nein unbekannt

siblings affected yes no unknown

frères et sœurs touchés oui non inconnu

Eigentümer:

Owner :

Propriétaire:

Telefon:

Phone :

Téléphone :

Adresse :

Address :

Adresse:

PLZ Wohnort :

Postal code and

city :

NP Domicile:

eMail:



Datum und Unterschrift:
Date and signature:

Date et signature:

Ich bin mit der
Veröffentlichung der Fotos
einverstanden

I agree with the publication of the photos

Je suis d'accord avec la publication des photos

