



DEMANDE DE LECTURE DE RADIOGRAPHIE(S)
EN CAS DE MANQUE OU DE PERTE ACCIDENTELLE DE DENT

Merci de remplir en lettres capitales

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom Prénom

N° d'inscription au tableau de l'Ordre :

Code Postal Ville

Tél : Mail :

Je certifie avoir moi-même vérifié l'identification du chien de race Berger Blanc Suisse :

Nom et affixe

.....

N° Identification

Sexe..... Date de naissance N° LOF

Appartenant à :

Nom Prénom

Adresse.....

Code Postal Ville

Tél : Mail :

Adhérent AFBB : OUI N° NON

N° de téléchargement du cliché numérique :

.....

Fait à Le

Signature et timbre du vétérinaire :

Merci de bien vouloir consulter le document suivant : [PROTOCOLE A ADOPTER EN CAS DE MANQUE DE DENTS AUTRE QUE PM1 ENTRAINANT UNE PENALISATION OU UNE ELIMINATION EN EXPOSITION OU EN CONFIRMATION](#) pour la constitution et l'envoi de votre dossier de demande de lecture pour manque de dent.

Je soussigné (e), le/la propriétaire du chien désigné ci-dessus demande la lecture officielle de ladite radio.

Fait à Le Signature du propriétaire :