I.C.B.D. Club Italiano Cani di Razza

AVVENUTO CONTROLLO E VERIFICA DEL MICROCHIP

Controllo Microchip: Modulo di verifica del microchip compilato e firmato dal medico veterinario certificatore.

Con il presente modulo si attesta che in data ..... Presso la Clinica Veterinaria .....

Città ..... Provincia ..... Via ..... n° .....

In presenza del Dr. ..... Medico Veterinario iscritto all'albo con n° .....

Ha verificato la presenza del numero identificativo microchip n° .....

E verificato che il soggetto è il medesimo segnalato attraverso materiale fotografico da me siglato con firma e timbro.

Si procederà con il prelievo salivare e compilazione del modulo di richiesta di deposito del DNA.

Data .....

Timbro

Firma del Medico Veterinario

.....