



Žádost o vystavení krycího listu



Vyplňuje KPaCHP, z.s.	Podpis OPCH:
Došlo dne:	KL vystaven dne:
Číslo KL:	Platný do:

Ráz (velikost):	Barva:
-----------------	--------

Fena:

Jméno a název chovatelské stanice:

Datum narození:	Číslo zápisu:
-----------------	---------------

Výška / délka:	Předpokládaný termín krytí:
----------------	-----------------------------

Požadovaní krycí psi:

1.	Jméno a název chovatelské stanice:	
	Datum narození:	Číslo zápisu:
	Barva / výška / délka:	
	Majitel:	
2.	Jméno a název chovatelské stanice:	
	Datum narození:	Číslo zápisu:
	Barva / výška / délka:	
	Majitel:	
3.	Jméno a název chovatelské stanice:	
	Datum narození:	Číslo zápisu:
	Barva / výška / délka:	
	Majitel:	

Chovatel si může navrhnout 3 krycí psy. Návrh podléhá schválení poradcem chovu.

ZHODNOCENÍ MINULÉHO VRHU (Při prvním vrhu feny se nevyplňuje):

Datum vrhu:	Krycí pes:
Počet narozených štěňat (psi/feny):	Počet štěňat bez vad:

Jedinci u nichž se v minulém vrhu vyskytly vady:

Jméno štěněte	P/F	Popis vady

Chovatelská stanice:	Chovatel:
----------------------	-----------

Adresa:

Telefon:	E-mail:
----------	---------

Podpisem stvrzuji správnost všech výše uvedených údajů

Svým podpisem stvrzuji, že na vyžádání KPaCHP, z.s. poskytnu potřebnou součinnost při kontrole paternity a beru na vědomí, že odmítnutí tohoto souhlasu může mít za následek nevystavení průkazů původu pro štěňata. Souhlasím s přejímkou vrhu komisí KPaCHP, z.s. Souhlasím / nesouhlasím se zveřejněním KL

V dne.....

Podpis chovatele:

PODMÍNKY PRO VYSTAVENÍ KRYCÍHO LISTU

- 1) O krycí list žádáme minimálně 1 měsíc před předpokládaným termínem krytí na adrese příslušného rázového poradce chovu. K žádosti je nutné přiložit doklad o zaplacení poplatku za vystavení KL a kopií předepsaných zdravotních testů, pokud je KPaCHP, z.s. nemá k dispozici.
Rázy toy, trpasličí a střední - pes i fena - PLATNÉ oftalmologické vyšetření, luxace pately a genetický test na prcd-PRA.
Ráz velký - pes i fena -PLATNÉ oftalmologické vyšetření, vyšetření kyčlí a alespoň jeden z páru genetické vyšetření na degenerativní myelopatii, neonatální encefalopatii a von Willebrand 1 (7437G>A)
- 2) V případě expresní žádosti (doba kratší než 1 týden) - zvýšený poplatek 500 Kč.
- 3) Chovatel musí být majitelem chráněného názvu chovatelské stanice – vyřizuje ČMKU, Maškova 1646, 182 00 Praha 8
- 4) V případě zahraničního krytí je nutné doložit fotokopii PP psa a doklad chovnosti dle příslušné země.
- 5) V případě splnění všech náležitostí bude chovateli KL poslán na uvedenou emailovou adresu spolu s přihláškou k zápisu štěňat.

POPLATKY:

Žádost v řádném termínu 150 Kč VS 22+Vaše členské číslo, tzn. 7místné
Číslo 22XXXXX

Expresní žádost 500 Kč VS 23+Vaše členské číslo, tzn. 7místné
Číslo 22XXXXX

ÚČET ČÍSLO: 198685374/0300