



## UMSÓKN UM SKRÁNINGU Í ÆTTBÓK ÍSHUNDA

GOT NÚMER: \_\_\_\_\_

ÆTTB.NR: \_\_\_\_\_

MÓTEKIÐ AF: \_\_\_\_\_

Fyllist ú af starfsmanni íshunda.

# PÖRUNRVOTTORÐ

**HUNDAKYN:** \_\_\_\_\_ **Dags umsóknar:** \_\_\_\_\_

Fæðingardagur hvolpa: \_\_\_\_\_ Fjöldi: \_\_\_\_\_ andvana fæddir: \_\_\_\_\_  
Ættbókafæra skal alla lifandi fædda hvolpa úr gotinu samtímis.

Undaneldishundur: \_\_\_\_\_

Fæðingardagur: \_\_\_\_\_ ættbókanr: \_\_\_\_\_

Einkunn á sýningum: \_\_\_\_\_ HD-niðurstaða: \_\_\_\_\_

Eigandi \_\_\_\_\_ kt: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ sími: \_\_\_\_\_

**ATH: Ef hundur hefur ekki verið sýndur og fengið 1. Einkunn skal vottorð frá dýralækni um að bæði eystu hans séu komin niður og rétt staðsett fylgja þessari umsókn.**

Undaneldistík: \_\_\_\_\_

Fæðingardagur: \_\_\_\_\_ ættbókanr: \_\_\_\_\_

Einkunn á sýningum: \_\_\_\_\_ HD-niðurstaða: \_\_\_\_\_

Eigandi \_\_\_\_\_ kt: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ sími: \_\_\_\_\_

**RÆKTUNARNAFN:** \_\_\_\_\_

**Hér með vottast að þessar upplýsingar eru réttar að viðlögðum drengskap.**

Undirskrift ræktanda: \_\_\_\_\_ dags: \_\_\_\_\_

Undirskrift Eig. undaneldishunds: \_\_\_\_\_ dags: \_\_\_\_\_



## UMSÓKN UM SKRÁNINGU Í ÆTTBÓK ÍSHUNDA HVOLPALISTI

Fæðingardagur Hvolpa: \_\_\_\_\_

Nafn hvolps: _____	ættb.nr: _____		
Litur: _____	Hárafar: _____	Hundur _____	Tík _____
Nafn Eiganda: _____	Kt. _____		
Heimilisfang of póstr: _____	sími: _____		
Óskar eftir að gerast félagi í Íshundum? <input type="checkbox"/> já <input type="checkbox"/> nei			
Nafn hvolps: _____	ættb.nr: _____		
Litur: _____	Hárafar: _____	Hundur _____	Tík _____
Nafn Eiganda: _____	Kt. _____		
Heimilisfang of póstr: _____	sími: _____		
Óskar eftir að gerast félagi í Íshundum? <input type="checkbox"/> já <input type="checkbox"/> nei			
Nafn hvolps: _____	ættb.nr: _____		
Litur: _____	Hárafar: _____	Hundur _____	Tík _____
Nafn Eiganda: _____	Kt. _____		
Heimilisfang of póstr: _____	sími: _____		
Óskar eftir að gerast félagi í Íshundum? <input type="checkbox"/> já <input type="checkbox"/> nei			
Nafn hvolps: _____	ættb.nr: _____		
Litur: _____	Hárafar: _____	Hundur _____	Tík _____
Nafn Eiganda: _____	Kt. _____		
Heimilisfang of póstr: _____	sími: _____		
Óskar eftir að gerast félagi í Íshundum? <input type="checkbox"/> já <input type="checkbox"/> nei			

UNDISKRIFT RÆKTANDA: \_\_\_\_\_ dags