



Aufnahmebogen

Persönliche Daten

Vor - und Zuname:

Strasse:

Postleitzahl/Ort:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Beruf:

Festnetz:

Mobil:

E-Mail:

Hund

Vollständiger Name
(laut Ahnentafel):

Rufname:

Rasse:

Rüde/Hündin*

Kastriert: ja/nein*

Wurfdatum:

Zuchtbuchnummer:

Tätowiernummer:

Chip:

Bereits abgelegte Prüfungen:

Versichert bei:

PolNr.:

*Nichtzutreffendes bitte streichen

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Therapiehunde Mensch und Tier VHV“, anerkenne die mir bekannten gegebenen Statuten und verpflichte mich zur kontinuierlichen Fortbildung.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Verein „Therapiehunde Mensch und Tier VHV“ für Unfälle, oder Verletzungen, die mir im Zuge von Trainings, Übungen, Prüfungen oder Einsätzen, etc. zustoßen, keine Haftung übernimmt.

Ich bestätige alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle meine Daten innerhalb des Vereins auch durch EDV und andere Medien weiterverarbeitet werden können.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

.....

.....

Mitgliedsnummer