

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO DE RX (HD/ED)**

Nombre del Solicitante:		Fecha de la solicitud:	
Cédula de Identidad:	¿Es usted socio al ACPPAV?    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombre del Ejemplar:		Sexo:   Hembra <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/>	
Nº de Registro:	Fecha de Nacimiento:		
Número de Microchip:			
Tipo de certificación de Estudios Radiológicos:    Nacional <input type="checkbox"/> América Latina <input type="checkbox"/> Alemania <input type="checkbox"/>			

**CLÍNICA VETERINARIA / MÉDICO VETERINARIO**

Ciudad donde el solicitante desea realizar el procedimiento de RX:

**REQUISITOS QUE DEBE CONSIGNAR AL MOMENTO DE REALIZAR LAS RADIOGRAFÍAS:**

- **Pedigree Especializado de la ACPPAV (Original).**
- Presentar cédula para verificar que sea el propietario, en caso de ser un tercero, favor consignar la debida autorización.
- Imprimir 2 planillas del **CERTIFICADO DEL PROCEDIMIENTO RADIOLOGÍCO** que el solicitante puede descargar en nuestra web, sección formularios o por el siguiente enlace <https://acppav.net/formulario.php>

ACPPAV a favor de la crianza responsable y en beneficio de nuestra raza, le agradece su esfuerzo y colaboración en crear conciencia y ser multiplicador de esta importante labor.

Nota: La presente solicitud debe ser remitida a la COMISIÓN DE CRIANZA de ACPPAV al siguiente correo.  
[acppav.info@gmail.com](mailto:acppav.info@gmail.com)

Recuerde que los pagos de los servicios que presta la ACPPAV deben ser exclusivamente a la cuenta bancaria de la asociación.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante