



Therapiehundeteams Kärnten  
Oberkrajach 2  
9181 Feistritz im Rosental  
AUSTRIA

## ANMELDUNG ZUR THT-ABSCHLUSSPRÜFUNG

.....  
Name der Hundeführerin/des Hundeführers:

.....  
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer:

.....  
ÖKV-Mitglied bei:

.....  
Hundenname laut Leistungsheft:

.....  
Rufname (falls vom Leistungsheft abweichend):

.....  
Rasse

.....  
Chip-Nummer

.....  
Ort und Datum der Jahresüberprüfung

.....  
Hundeführerin/-führer