

POWIAT

Zgłoszenie klaczy sokólskiej (proponowanej do programu ochrony zasobów genetycznych w 2027) na przegląd kwalifikacyjny

Imię i nazwisko właściciela klaczy:							
Adres zamieszkania:							
Telefon Kontaktowy							
Lp.	Nazwa klaczy	Numer klaczy	Data urodzenia	Maść	Ojciec	Matka	rodzaj próby wstępna/zasadnicza/zaprzęgi/siodło
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

.....
Miejscowość, data

.....
podpis właściciela

Wypełnia Związek : przegląd odbędzie się w dniu, w miejscowości

POWIAT

Zgłoszenie klaczy sokólskiej (proponowanej do programu ochrony zasobów genetycznych w 2027) na przegląd kwalifikacyjny

Imię i nazwisko właściciela klaczy:							
Adres zamieszkania:							
Telefon Kontaktowy							
Lp.	Nazwa klaczy	Numer klaczy	Data urodzenia	Maść	Ojciec	Matka	rodzaj próby wstępna/zasadnicza/zaprzęgi/siodło
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

.....
Miejscowość, data

.....
podpis właściciela

Wypełnia Związek : przegląd odbędzie się w dniu, w miejscowości