



## VII Sportowe Mistrzostwa Polski Koni Arabskich Czystej Krwi

Michałów, 20-21 czerwca 2015 r.

Termin zgłoszeń: 31 maja 2015 r.



Pokaz rozgrywany zgodnie z zasadami ECAHO.

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(formularz tylko dla jednego konia)

**Właściciel:** ..... **Kraj:** .....

**Adres:** .....

**Kraj:** ..... **Telefon/Fax:** ..... **NIP:** .....

**Hodowca:** ..... **Kraj:** .....

W dniu zamknięcia zgłoszeń na pokaz koń wpisany do księgi stadnej:				Kraj: <b>Polska</b>	Księga Stadna: <b>PASB</b>	Nr paszportu:
<b>Nazwa konia:</b>		Ojciec:		Ojciec:	Ja, niżej podpisany wystawca, oświadczam, że ja i moi podwładni/pracownicy bierzemy pełną odpowiedzialność za zgłoszonego konia i że w pełni akceptuję regulamin, przepisy i jurysdykcję ECAHO. Ponadto, zobowiązuję się do zgłoszenia jakiegokolwiek możliwego konfliktu interesów w stosunku do sędziów.  <b>Do formularza dołączone zostały kserokopie aktualnych dokumentów rejestrowych konia.</b>	
Dokładna data urodzenia:		Matka:		Matka:		
Płeć:		Matka:		Ojciec:		
Maść:		Matka:		Matka:		
<b>Nazwiska jeźdźców:</b>		<b>Data ur. jeźdźcy:</b>	<b>Klub:</b>	<b>Start w klasach:</b>	<b>Nazwisko lub nazwa Wystawcy:</b>	
					.....	
					<b>Data i podpis Wystawcy:</b>	
					.....	

**Proszę o wystawienie faktury VAT** [Tak / Nie] \* [osoba prawna / osoba fizyczna] \*

\* niepotrzebne skreślić

**Nazwa:** ..... **NIP:** .....

**Adres:** .....

**Niniejszy formularz jest nieważny bez podpisu Wystawcy**

Zgłoszenia koni należy nadsyłać na adres:

Stadnina Koni Michałów  
28-411 Michałów  
e-mail: [zootecnika.michalow@gmail.com](mailto:zootecnika.michalow@gmail.com)  
fax (41) 356 54 06

W sprawie umieszczenia koni w SK Michałów kontakt bezpośrednio ze stadniną