

INTYG gällande

VACCINATIONSINTYG

MÄTINTYG

.....

Namn: _____ Lic.nr. _____

Adress: _____

Postnr: _____ Ort: _____

Tel.nr. _____

Klubb: _____

Distrikt: _____

Häst/ponny: _____ Lic.nr _____

Härstämning: _____ Född år: _____

Tävlingsplats: _____ Datum: _____

Härmed intygas att:

Det för ovanstående häst/ponny finns giltigt.....

Inom Dagar kommer kopia på ovanstående handling att finnas följande person tillhanda.

.....

Namn: _____

Adress: _____

Datum / Namn