

Samenbestellformular Holsteiner Verband Hengsthaltungs GmbH

Fax: +49- (0) 4121- 807728

Gewünschter Hengst: _____

Auftragegeber/Stutenbesitzer:

Mitglied im Holsteiner Verband: nein ja Mitgliedsnr. _____

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel.(Mob.+ Festn.) _____

E-Mail _____

Stute

Zuchtverband _____

Name + Lebensnr. _____

Geburtsdatum _____

Vater + Lebensnr. _____

Muttervater + Lebensnr. _____

Erstbesamung Nachbesamung Umrosse Güst aus Vorjahr: ja nein

Embryotransfer ja nein

Decktaxe I: _____ Für Verbandsmitglieder mit eingetr. o. eintragungsfähigen Stuten

Decktaxe II: _____ Für Nichtmitglieder o. nicht eintragungsfähige (nicht am Zuchtprogr. teilnehm.) Stuten.

Besamender Tierarzt/ Besamungstechniker

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer E-Mail _____

Lieferung an Besitzer Tierarzt oder: _____

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer E-Mail _____

Der Samen wird benötigt am _____

Bitte ankreuzen:

- soll via Nachtexpress verschickt werden (Ankunft bis 8 Uhr am nächsten Tag, Versand von Samstag auf Sonntag erhöhte Preise, Versand von Sonntag auf Montag nicht möglich)
- wird abgeholt
- sonstige Möglichkeiten nach Absprache unter Tel: + 49 (0)4121-92414

Die Bedingungen der verschiedenen Abrechnungsvarianten sind in unseren gültigen Hengststationierung oder im Internet unter www.holsteiner-verband.de nachzulesen und wurden akzeptiert.

Datum, Unterschrift

Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Fax im Sendebericht als "gesendet" bestätigt wird, vielen Dank!

HOLSTEINER VERBAND HENGSTHALTUNGS GMBH, ELMSHORN