

SAMENBESTELLUNG

Hengst: _____
Besitzer, Besteller: _____
Rechnungsempfänger
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel & Fax: _____
E-Mail: _____

Zuchtverband, dem die
Bedeckung gemeldet werden soll: _____

Stute
Name: _____
Lebensnummer: _____
Vater: _____
Mutter: _____

Verwender des Samens: Tierarzt Besamungsstation Eigenbestandsbesamer
Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel: _____

Lieferung an Besitzer Tierarzt oder _____
Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel: _____

Der Samen wird benötigt am _____

- Lieferung per Nachtexpress (Ankunft bis ca 8.00 Uhr am nächsten Werktag)
- Abholung an der Hengststation Ellerhoop (Thiensener Weg 60, 25373 Ellerhoop)
- _____

- Ja, ich habe die Allgemeinen Bedingungen gelesen und akzeptiert

Unterschrift des Antragstellers