

**Zgłoszenie klaczy sokólskiej (proponowanej do programu ochrony zasobów genetycznych w 2025) 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
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis właściciela

Wypełnia Związek : przegląd odbędzie się w dniu ....., w miejscowości .....

**Zgłoszenie klaczy sokólskiej (proponowanej do programu ochrony zasobów genetycznych w 2025) 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
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis właściciela

Wypełnia Związek : przegląd odbędzie się w dniu ....., w miejscowości .....