Formularz zgłoszeniowy Zgłoszenie prosimy przesłać najpóźniej **do dnia 06.07.2025 r.** na adres:

****Lubelski Związek Hodowców Koni

ul. Mełgiewska 7-9 bl. 1

20-209 Lublin, tel. 81 746-20-94 lub e-mail: biuro@lzhk.pl

 **VII Przeglądzie Hodowlanym** **Koni Ras Zimnokrwistych** Żalin 13.07.2025 r.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa konia | Rasa/typ | Płeć | Data urodz. | Nr paszportu | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem właścicielem wyżej wymienionych koni. Konie zgłoszone do pokazu spełniają wszystkie warunki udziału w Przeglądzie, które jednocześnie akceptuję bez zastrzeżeń. Potwierdzam brak konfliktu interesów z sędziami pokazu. Dane zawarte w zgłoszeniu są pełne i prawdziwe oraz zgodne z wpisem do Ksiąg.

 …………………………………………………………………….……………

 Właściciel (imię i nazwisko lub nazwa) nr siedziby stada w której przebywa/ją koń/konie

 …………………………………………………………………………………. ……………………………………….

 adres Właściciela telefon

 ……………………………… …..…………………………………….

 data podpis Zgłaszającego

**Numer rachunku bankowego Właściciela**

W przypadku odwołania Przeglądu pieniądze zostaną zwrócone do osoby wpłacającej.