

POWIAT .....

ZGŁOSZENIE KLACZY SOKÓLSKIEJ (PROPONOWANEJ DO PROGRAMU OCHRONY ZASOBÓW GENETYCZNYCH  
W 2017 ROKU) NA PRZEGLĄD KWALIFIKACYJNY.

1). IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA KLACZY: .....

2). ADRES ZAMIESZKANIA: .....

3). TELEFON KONTAKTOWY: .....

5). NAZWA I NUMER PASZPORTU ZGŁASZANEJ KLACZY:

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....

PODPIS WŁAŚCICIELA

---

Wypełnia Związek: Przegląd odbędzie się w dniu .....10.2016r., w miejscowości .....

POWIAT .....

ZGŁOSZENIE KLACZY SOKÓLSKIEJ (PROPONOWANEJ DO PROGRAMU OCHRONY ZASOBÓW GENETYCZNYCH  
W 2017 ROKU) NA PRZEGLĄD KWALIFIKACYJNY.

1). IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA KLACZY: .....

2). ADRES ZAMIESZKANIA: .....

3). TELEFON KONTAKTOWY: .....

5). NAZWA I NUMER PASZPORTU ZGŁASZANEJ KLACZY:

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....

PODPIS WŁAŚCICIELA

---

Wypełnia Związek: Przegląd odbędzie się w dniu .....10.2016r., w miejscowości .....