

BITTE PER POST!

Anlage:

1 frankierter Rückumschlag (A5, 1,45 €)

An:

**Verband der Pferdezüchter M-V
Charles-Darwin-Ring 4**

18059 Rostock

Antrag auf Zusendung des Kapitels –Arzneimittelbehandlung- zur Komplettierung des Pferdepasses

Hiermit bitte ich um Ausstellung eines Arzneimittelanhanges für nachfolgend aufgeführte/s Pferd/e.

Mit einer Unterschrift erkläre ich, dass ich Besitzer der/des angegebenen Pferde/s bin und über den Pferdepass verfüge.

Name des Pferdes	LN	Vater	Mutter

Name, Vorname

Mitgliedsnummer, sofern vorhanden

Strasse, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Ort / Datum

Unterschrift