



Anmälan till betäckning/insemination

År: _____ Nr: _____

Station: _____ Hingst: _____ Stbnr: _____

Boknavg: _____ Språngavg: _____ Serviceavg: _____ Dr/Fölgavg: _____ BT avg: _____

Beroende på bl a betäckningsätt kan ytterligare kostnader tillkomma, t ex för samling och transport av sperma, veterinäraavgift för seminering, övriga veterinära behandlingar och medicin som inte ingår i seminavgiften samt kostnader för uppställning eller bete.

Sto: _____ Stb/Regnr: _____ Född år: _____ Färg: _____

Far: _____ Stbnr: _____ Mor: _____ Stbnr: _____

Mf: _____ Stbnr: _____ Mm: _____ Stbnr: _____

Mmf: _____ Stbnr: _____

Föl vid sidan Far: _____ Född datum: _____ Kön: _____

Stoet är tidigare i år betäckt med hingsten: _____ Station: _____

Veterinärkontroll Önskas efter stationchefens bedömning Önskas ej (obligatoriskt vid semin)

Stoet är försäkrat Nej Ja Bolag: _____ Förs förm: _____

Uppställning önskas Bete önskas Senaste avmaskning: _____ Preparat: _____

Stoet kan inte stå i undersökningspilta gå med andra stor dricka ur vattenkopp

Övriga upplysningar: _____

Ägare: _____ Person-/Orgnr: _____

Adress: _____ Tel, bost: _____

Postadress: _____ Tel, arb: _____

Med min underskrift intygas att, såvitt jag känner till, stoet under de senaste tre veckorna ej visat några tecken på smittsam sjukdom, att stoet under de senaste tre veckorna ej varit uppställt i ett stall där smittsam hästsjukdom förekommit, och att stoet under samma tid ej heller på annat sätt varit i kontakt med häst, som misstänks ha haft någon smittsam sjukdom.

Med min underskrift intygas även att ovan lämnade uppgifter om stoet är korrekta och att jag godtar, ovan angivna avgifter samt tagit del av och godkänt villkoren på omstående sida.

Ort och datum _____ Stoägarens eller dennes ombuds underskrift _____

Betäcknings-/Semineringsjournal						Ekonomisk redovisning	
	Datum Bet.typ	Datum Bet.typ	Datum Bet.typ	Datum Bet.typ	Datum Bet.typ	Datum Dr-res	
Brunst 1	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Bokningsavgift _____
Brunst 2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Språngavgift _____
Brunst 3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Serviceavgift _____
Brunst 4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Transportkostnad _____
							Övrigt _____
							Avgår: Rabatt o dyl _____
							Avgår: Stationsersältn _____
							Avgår: Övrigt _____
							Summa _____
							Moms _____
							Att redovisa/erhålla _____
Underskrift av ansvarig seminveterinär	Seminlicens nr: _____					Datum	Underskrift stationschef
	Namnförtydligande						