

DEL A

INDBERETTERS TELEFONNUMMER:

Journal nr. (til hingsteholders eget brug)

INDBERETTERS NAVN OG ADRESSE:

Sskal altid udfyldes

Navn: -----

Vejnavn og nr.: -----

Postnr.: ----- Stednavn: ----- By: -----

Dato: -----

Underskrift (det attesteres at nedenstående oplysninger er korrekte).

Husk at indberette senest 14 dage efter 1. bedækning:

DEL B

Udfyldes kun første gang hoppen bedækkes ved den pågældende hingst

HINGSTENS IDENTNR.:

Navn: -----

HOPPENS IDENTNR.:

Navn: -----

Hvis hoppen ikke er registreret hos SEGES, Heste, medsendes kopi af originale papirer Vedlagt Ej vedlagt Er hoppens afstamning kendt? JA NEJ Ca. fødselsår på hoppen -----

HOPPEJERS TELEFONNUMMER:

HOPPEJERS NAVN: -----

VEJNAVN OG NR.:

STEDNAVN: -----

POSTNR.:

BY: -----

DATO FOR BEDÆKNING (dd.mm.år):

BEDÆKNINGMÅDE:

 1 Bedækning, hoppen til hingstestation 2 Bedækning, hingsten køres ud 3 Stodhingst 4 Inseminering, frisk sæd 5 Inseminering, transport sæd 6 Inseminering, frossen sæd 7 Ægtransplantation

DEL C

Udfyldes for hopper, der tidligere har fået 1. bedækning indsendt

REPRODUKTIONSHÆNDELSER

HESTENS IDENTNR.:	HESTENS NAVN	HÆNDELSES DATO	AFKRYDSNING REPRODUKTIONS HÆNDELSE									ANFØR TIL-LÆGSKODER
			3	10	13	14	18	19	96	97		

Nulstil formular

Udskriv formular

Send formular

