



MODULO DI ISCRIZIONE

MOSTRA NAZIONALE TRAVAGLIATO

20 - 21 - 22 MAGGIO 2022



A.N.A.C.R.HA.I. – Viale JF Kennedy 182 – 50038 SCARPERIA (FI)
ASSOCIAZIONE NAZIONALE ALLEVATORI CAVALLI DI RAZZA HAFLINGER ITALIA

INVIARE AD ANACRHAI FAX 055-4628717 – EMAIL anacra@haflinger.it – WHATSAPP – 371 4174221

Il sottoscritto chiede di iscrivere alla Rassegna i seguenti soggetti:

NOME	COD. SOGGETTO	TELEFONO E – MAIL	CATEGORIA PULEDRE / FATTRICI	
			<input type="checkbox"/> 1 ANNO	<input type="checkbox"/> 2 ANNI
			<input type="checkbox"/> 3 ANNI	<input type="checkbox"/> 4-5 ANNI
			<input type="checkbox"/> 6-10 ANNI	<input type="checkbox"/> OLTRE I 10 ANNI
			<input type="checkbox"/> 1 ANNO	<input type="checkbox"/> 2 ANNI
			<input type="checkbox"/> 3 ANNI	<input type="checkbox"/> 4-5 ANNI
			<input type="checkbox"/> 6-10 ANNI	<input type="checkbox"/> OLTRE I 10 ANNI

Il costo di Iscrizione alla Mostra Nazionale è di € 20,00 per i SOCI ANACRHAI incluso Buono Pasto e Gadget ANACRHAI e di € 50,00 Per i NON SOCI incluso Gadget ANACRHAI da pagare entro il 26 Aprile 2022

N.B.: Il Sottoscritto dichiara specificatamente di sollevare la struttura ospitante nonché l' A.N.A.C.R.HA.I., quali organizzatori della rassegna in oggetto, da ogni responsabilità circa eventuali danni recati dagli animali propri nei confronti degli altri nonché a persone presenti. Inoltre, IN PARTICOLARE SI DECLINA OGNI RESPONSABILITA' IN MERITO A DANNI ARRECATI DA ANIMALI FERRATI SE NON ESPRESSAMENTE AUTORIZZATI DA ANCRHAI.

Si consiglia pertanto una specifica assicurazione individuale.

E' FATTO OBBLIGO CHE TUTTI GLI ANIMALI SIANO CORREDATI DA PASSAPORTO RIPORTANTE LE VACCINAZIONI DI LEGGE E MOD. 4 DI TRASPORTO. Quest'ultima disposizione potrebbe variare e ci adegueremo alle normative qualora e quando entrino in vigore.

Si allega la somma di €. quale iscrizione di N° soggetti a mezzo:

Bonifico Intesa San Paolo SPA - terzo settore Milano: IBAN IT88G 03069 09606 100000 150218

Versamento sul C/c Postale N° 23118508

TERMINE ISCRIZIONI 26 APRILE 2022 CODICE ASL MANIFESTAZIONE 188BS01M

Data

F I R M A PER ACCETTAZIONE