

AANVRAAGFORMULIER INLEGVEL 'MEDISCHE BEHANDELING' BIJ HET KFPS

Lidnummer KFPS:.....
Naam aanvrager:.....
Adres:.....
Postcode + woonplaats:.....
Tel.nr.:.....

Paard 1:

Naam paard:.....
Reg.nr.paard:.....
Chip.nr.paard:.....

Paard 2:

Naam paard:.....
Reg.nr.paard:.....
Chip.nr.paard:.....

Paard 3:

Naam paard:.....
Reg.nr.paard:.....
Chip.nr.paard:.....

Paard 4:

Naam paard:.....
Reg.nr.paard:.....
Chip.nr.paard:.....

EENMALIGE MACHTIGING

Ondergetekende verleent hierbij een eenmalige machtiging aan het Friesch Paarden-Stamboek om van zijn/haar onderstaande (post)bankrekening af te schrijven het verschuldigde bedrag voortvloeiende uit de aanvraag inlegvel(len) 'medische behandeling à €7,50/ inlegvel.

Betreffende paard 1:.....
Betreffende paard 2:.....
Betreffende paard 3:.....
Betreffende paard 4:.....

Bank/ gironummer :.....

Naam en voorletter(s):.....
Adres:.....
Postcode en woonplaats:.....

Datum:..... Handtekening:.....
Plaats:.....