



Zuchtschau am: Ort:

Diese Anmeldung bitte spätestens 21 Tage vor Beginn der jeweiligen regionalen Zuchtschau an das Zuchtbüro des ApHCG e.V. schicken!

Bei nicht rechtzeitiger Zusendung oder fehlenden Unterlagen kann keine Teilnahme an der Zuchtschau erfolgen!

Name Wallachbesitzer:

Straße/Nr.: PLZ, Ort:
Telefon: E-Mail:

Ich bin Mitglied im ApHCG e.V. Ja Nein, ein ausgefüllter Mitgliedsantrag liegt bei.

Pferdename: Reg.-Nr.:

Geburtsdatum: (TT/MM/JJJJ) Rasse:

Farbe: Geburtsland:

Vater Name: Reg.-Nr.:
Mutter Name: Reg.-Nr.:

Ich bringe mit:

- ✓ Certificate of Registration im Original und eine gut leserliche Kopie der Vorder- und Rückseite
- ✓ Equidenpass
- ✓ DNA-Testergebnis des Wallach oder von Mutter und Vater.
soweit die Unterlagen dem ApHCG noch nicht vorliegen

Ohne diese Unterlagen kann der Antrag nicht bearbeitet werden und es kann keine Teilnahme stattfinden!

Eine Nachnenngebühr wird dann fällig, wenn die Mindestteilnehmerzahl von 5 Pferden bereits 14 Tage vor Schaubeginn erreicht wurde und zusätzliche Nachnennungen nach der 14 Tagesfrist erfolgen. Unter diesen Voraussetzungen ist eine Nachnennung noch möglich, wenn eine Gebühr in Höhe von 10,00 Euro entrichtet wird.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Appaloosa Horse Club Germany e.V.

Staatlich anerkannte Züchtervereinigung

Anmeldung Zuchtschau Wallachbeurteilung



Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben senden an:

Zuchtbüro ApHCG e.V.

Torsten Haier
Lankeweg 4
15831 Jühnsdorf

Tel.: +49 173 8136327
E-Mail: zuchtbuero@aphcg.com

Appaloosa Horse Club Germany e.V., Peiner Straße 32, 31311 Eitze

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000890748

Mandatsreferenz: Ihre ApHCG-Mitgliedsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den ApHCG e.V. die Gebühren für die Bewertung und Registrierung des Fohlens, und für die evtl. erforderliche Eintragung der Elterntiere ins Zuchtbuch des ApHCG e.V. (wenn noch keine Aufnahme im ZB des ApHCG e.V. erfolgt ist), laut der jeweils gültigen Zuchtbuchordnung und Gebührenordnung des ApHCG e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ApHCG e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:			
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Bank:		BIC:	
IBAN:			

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Ausschreibungsbedingungen zu ApHCG e.V. Zuchtschauen an.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____