

# ApHC-se Poäng Program anmälan

## Ryttar Information

Namn:

Födelse Datum:

ApHC-se medlem:  
Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Telefon:

Address:

Stad:

Landskap:

Postnummer:

## Häst Information

Hästens Namn:

Ålder:

ApHC Reg Nummer:

## Kontakt Information

Hästens Ägare:

Address:

Stad:

## Övrig Information

Övrigt:

## Underskrift

Namn:

Namnförtydligande:

E-mail:

Jag godkänner att ApHC-se får kontrollera inlämnade uppgifter