Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA I ODBIORU

PRZEKAZUJĄCY: Krajowy Ośrodek Mieszkalno-Rehabilitacyjny dla Osób Chorych na Stwardnienie Rozsiane, Dąbek 129, 06-561 Stupsk

ODBIERAJĄCY:…….
…….

W dniu…… …….. 2024 roku przekazano konia – klacz „SOLINA”:

Nr identyfikacyjny (przyżyciowy): **616 009 53 01376 13**

Data urodzenia: **14.02.2013r.**

Rasa: **polski koń szlachetny półkrwi**

Maść: **kasztanowata**

Dotychczasowe przeznaczenie: **hipoterapia, rekreacja**

Paszport hodowlany konia: **TAK – oryginalny**

Kod transpondera: **616098100043658**

Genetyczny ojciec: **„HIACYNT”;** genetyczna matka: **„SARNA”**

Przekazujący wraz z w/w koniem wydaje Odbierającemu:

- oryginalny paszport hodowlany konia, kopię umowy zakupu konia z dnia 14.09.2017r.

PRZEKAZUJĄCY: **ODBIERAJĄCY:**

…… ……..