



ASOCIACIÓN

**DATOS DEL REPRODUCTOR**

NOMBRE		REGISTRO N°
TIPO DE EQUINO	ANDAR	MICROCHIP N°
PROPIETARIO		
CRIADERO		TELEFONO
EMAIL		

**DATOS DE LA YEGUA MADRE**

NOMBRE		REGISTRO N°
TIPO DE EQUINO	ANDAR	MICROCHIP N°
PROPIETARIO		
CRIADERO		TELEFONO
EMAIL		

**TIPO Y FECHA DE SERVICIO**

MONTA DIRECTA	DIA/MES/AÑO	DIA/MES/AÑO	DIA/MES/AÑO								
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL	DIA/MES/AÑO	SEMEN CONGELADO	SEMEN FRESCO PAJILLA N°								
TRANSFERENCIA DE EMBRIÓN	DIA/MES/AÑO	<table border="1"> <tr><th colspan="2">DATOS DE LA RECEPTORA</th></tr> <tr><td>MICROCHIP</td><td></td></tr> <tr><td>MARCA</td><td></td></tr> <tr><td>COLOR</td><td></td></tr> </table>		DATOS DE LA RECEPTORA		MICROCHIP		MARCA		COLOR	
DATOS DE LA RECEPTORA											
MICROCHIP											
MARCA											
COLOR											

ASOCIACION	FIRMA PROPIETARIO REPRODUCTOR	FIRMA PROPIETARIO YEGUA MADRE
------------	-------------------------------	-------------------------------

N°

N°

(REQUISITO OBLIGATORIO CUANDO EL TIPO DE SERVICIO ES TRANSFERENCIA DE EMBRIONES).

Nota. FORMATO DEBE DE SER DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD.

