

Imię i nazwisko
Miejsce zamieszkania:.....
Miejsce postoju konia:.....

Wpis do księgi
Data wydruku:
Data wpisu:
Numer bad. mark. DNA:

WNIOSEK

Proszę o dokonanie wpisu **klaczy/ogiera** o nazwie
nr identyfikacyjny paszportu której jestem właścicielem,
do właściwej księgi hodowlanej i wydanie stosownego zaświadczenia.

- Proszę o poddanie **klaczy/ogiera*** próbie użytkowości, zgodnie z właściwym programem hodowlanym, jako warunku wpisu do księgi. Jednocześnie zobowiązuję się do poddawania klaczy/ogiera* dalszej ocenie wartości użytkowej, zgodnie z właściwym programem hodowlanym.
- Na podstawie przepisu art.23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z póź. zm.) wyrażam zgodę i upoważniam Polski Związek Hodowców Koni do przetwarzania danych uzyskanych w związku z prowadzeniem oceny wartości użytkowej wyhodowanych przeze mnie lub stanowiących moją własność koni, poprzez ich utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie i udostępnianie do celów statystycznych, informacyjnych, naukowych, hodowlanych, sprawozdawczych i publikacji własnych oraz do udostępniania danych innym podmiotom publikującym wyniki oceny wartości użytkowej, współpracującym z Polskim Związkiem Hodowców Koni na podstawie stosownych, pisemnych porozumień. Polski Związek Hodowców Koni, na żądanie Hodowcy, udostępni wykaz tych podmiotów.
- Jednocześnie wyrażam zgodę na publikację swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji ww. celów.
- Dane osobowe Hodowcy podlegają ochronie zgodnie z przepisami ww. ustawy o ochronie danych osobowych i przechowywane będą w siedzibie Polskiego Związku Hodowców Koni. Hodowcy przysługuje prawo do wglądu i poprawiania danych osobowych.

.....
podpis właściciela

Wymiary i bonitacja konia **

Zgrzyz, wzrost:, obwód klatki, nadpęcie:

typ	głowa i szyja	kłoda	nogi przednie	nogi tylne	kopyta	stępi + kłus		wygląd ogólny	RAZEM

.....
Podpis właściciela lub osoby uprawnionej

UWAGI

Wynik próby dzielności klaczy/ogiera:*
Klacz stanowiona ogierem:
Inne:
Protokół pobrania krwi wydruk:

* niepotrzebne skreślić
** wypełnia pracownik OZHK/WZHK