Datum

Till Länsveterinären i ………………….. län

Angående Treårstest/Kvalitetsbedömning i …………………………….

Härmed ber ………………………………… att få informera om att …………………………för …-åriga varmblodshästar kommer att anordnas i föreningens regi i …………………………………….. -dagen den ………………….., med första start kl. ……

Vi har fn ……. hästar anmälda, vilket innebär att bedömningen kommer att äga rum under en/….. dag (ar) . Hästarna kommer från ………………………………………….. län.

Samtliga hästägare lämnar en hästägarförsäkran om smittfrihet vid sin anmälan till bedömningen.

Vaccinationskrav föreligger ej vid 3-årstest. Vid Kvaitetsbedömning ska amtliga hästar vara vaccinerade med minst två vaccinationer mot hästinfluensa.

Om det av något skäl finns anledning till extra försiktighet eller andra arrangemang i år, är

undertecknad tacksam för kontakt.

Med vänlig hälsning

bedömningsledare

adress: ………………………tel: ………………………………………………