



ASOCIACIÓN

DATOS DEL REPRODUCTOR

NOMBRE	<input type="text"/>	REGISTRO N°	<input type="text"/>
TIPO DE EQUINO	<input type="text"/>	ANDAR	<input type="text"/>
PROPIETARIO	<input type="text"/>		
CRIADERO	<input type="text"/>	TELEFONO	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>		

DATOS DE LA YEGUA MADRE

NOMBRE	<input type="text"/>	REGISTRO N°	<input type="text"/>
TIPO DE EQUINO	<input type="text"/>	ANDAR	<input type="text"/>
PROPIETARIO	<input type="text"/>		
CRIADERO	<input type="text"/>	TELEFONO	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>		

TIPO Y FECHA DE SERVICIO

MONTA DIRECTA	<input type="radio"/>	<input type="text" value="DIA/MES/AÑO"/>		
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL	<input type="radio"/>	<input type="text" value="DIA/MES/AÑO"/>	SEMEN CONGELADO <input type="checkbox"/>	SEMEN FRESCO <input type="checkbox"/>
TRANSFERENCIA DE EMBRIÓN	<input type="radio"/>	<input type="text" value="DIA/MES/AÑO"/>	PAJILLA N° <input type="text"/>	

DATOS DE LA RECEPTORA	
MICROCHIP	<input type="text"/>
MARCA	<input type="text"/>
COLOR	<input type="text"/>

ASOCIACION	FIRMAPROPIETARIO 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.

