



MERCI DE COMPLETER ET DE RETOURNER CE DOCUMENT PAR FAX/EMAIL A info@sth-hipavia.com OU FAX: +33344212277

DATE DE TRANSPORT SOUHAITEE: _____

Départ		Arrivée	
---------------	--	----------------	--

1	Nom du cheval (aux) ou Père/Mère si non nommé	Date de naissance:	Robe	Race	Sexe:	Type d'import (Perm/Temp/Retour)	Lieu de stationnement & les contacts:	Numéro de tel:	Email/FAX:

2	Prix de vente ou valeur commerciale /devise	Valeur assurée (si besoin)	Facture commercial ou vente?	
			OUI	NON
			OUI	NON
			OUI	NON

4 NOM & ADRESSE DE LA PERSONNE/SOCIETE RESPONSABLE POUR LE PAIEMENT DU TRANSPORT :

Nom:	Adresse:
Tel:	Email/Fax:

5 NOM & ADRESSE DE LA PERSONNE/SOCIETE RESPONSABLE POUR LE PAIEMENT DES DROITS DE DOUANES ET TVA:

Nom:	Adresse:
Tel:	Email/Fax:

6 DESTINATION FINALE:

Nom:	Adresse:
Tel:	Email/Fax:

ASSURANCE: L'assurance pour le transport n'est pas comprise dans nos devis. Merci de nous indiquer si vous souhaitez une assurance, afin que nous puissions en discuter.

Je, soussignée être le propriétaire / Agent (biffer la mention inutile) des chevaux cités ci dessus et avoir pris connaissance et compris les Conditions Générales de Transport.

SIGNATURE: _____ PROPRIETAIRE/AGENT (BIFFER LA MENTION INUTILE)

Nom / Prénom: _____ DATE: ____ jour ____ mois ____ année