

CLINIQUE VETERINAIRE
et/ou CENTRE DE CONVALESCENCE

Description

Raison sociale :

Adresse :

Nom du responsable :

Enseigne :

Date de création :

Disponibilités : 24h/24 oui non 7 J/7 oui non

Coordonnees

Téléphone journée : Fax :

Téléphone nuit : Portable :

Votre email :

Infrastructures

Nombre de boxes

Manège OUI NON
- Dimension

Marcheur OUI NON

Prairies sécurisées aux abords OUI NON

Surfaces totales :

Possibilité de transports de chevaux OUI NON

Type de materiel de transport

.....

.....

.....

Hebergement

Possibilité d'hébergement des cavaliers : OUI NON

-Si OUI, budget par nuit : _____ €

Descriptif de votre hébergement :

.....

.....

.....

Tarification / Observations

Merci de nous indiquer ci-après, de façon la plus précise possible, votre tarification (y compris les majorations week-end, fériés et/ou nuit : 18h - 8h).

Date :

Nom et signature du responsable

Cachet de l'entreprise

Bulletin à nous retourner par courrier à : RES ASSISTANCE - 2 Rue Chompre 67500 HAGUENAU
ou par email : contact@equitassistance.com