



EquitAssistance

VOTRE TRANSPORT EN DE BONNES MAINS



Bulletin d'inscription **Gratuit**

**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

Coordonnées

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

EquitAssistance



EquitAssistance

VOTRE TRANSPORT EN DE BONNES MAINS



Type de matériel de transport

.....
.....
.....

Hébergement

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

Bulletin à nous retourner

Par courrier : AGC ASSISTANCE – EQUITASSISTANCE 4 RUE PELLETIER 69170 TARARE

Ou par email : gestion@equitassistance.com



EquitAssistance
RESEAU D'ASSISTANCE EQUINE