| | | |
|---|---|---|
| FEDEQUINAS COLOMBIA | **FEDERACION COLOMBIANA DE ASOCIACIONES EQUINAS-FEDEQUINAS** | Código: **RG-CT-23** |
| | **NOTIFICACIÓN REPORTE DE IRREGULARIDAD** | Versión: 1<br>Fecha: 22-03-2018<br>Página: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EVENTO: | FECHA: |
| CIUDAD: | ASOCIACIÓN AVALADORA: |
| NOMBRE DEL EJEMPLAR: | REGISTRO No. |
| PROPIETARIO: | MICROCHIP: |
| IRREGULARIDAD DEL EJEMPLAR:_____ | |
| | |
| | |

| **MÉDICO VETERINARIO** | **NOTIFICADO** | |
|---|---|---|
| NOMBRE | NOMBRE: | |
| | DIRECCION: | |
| FIRMA | TELÉFONO: | CIUDAD |
| | FIRMA: | |


| | | |
|---|---|---|
| FEDEQUINAS COLOMBIA | **FEDERACION COLOMBIANA DE ASOCIACIONES EQUINAS-FEDEQUINAS** | Código: **RG-CT-23** |
| | **NOTIFICACIÓN REPORTE DE IRREGULARIDAD** | Versión: 1<br>Fecha: 22-03-2018<br>Página: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EVENTO: | FECHA: |
| CIUDAD: | ASOCIACIÓN AVALADORA: |
| NOMBRE DEL EJEMPLAR: | REGISTRO No. |
| PROPIETARIO: | MICROCHIP: |
| IRREGULARIDAD DEL EJEMPLAR:_____ | |
| | |
| | |

| **MÉDICO VETERINARIO** | **NOTIFICADO** | |
|---|---|---|
| NOMBRE | NOMBRE: | |
| | DIRECCION: | |
| FIRMA | TELÉFONO: | CIUDAD |
| | FIRMA: | |


**NOTA:** RECUERDE!! Tiene 15 días para solicitar la homologación o Revisión sanitaria por Hiperflexión ante FEDEQUINAS. Las solicitudes extemporáneas NO serán tramitadas.