

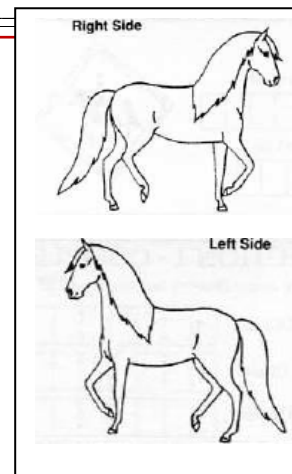
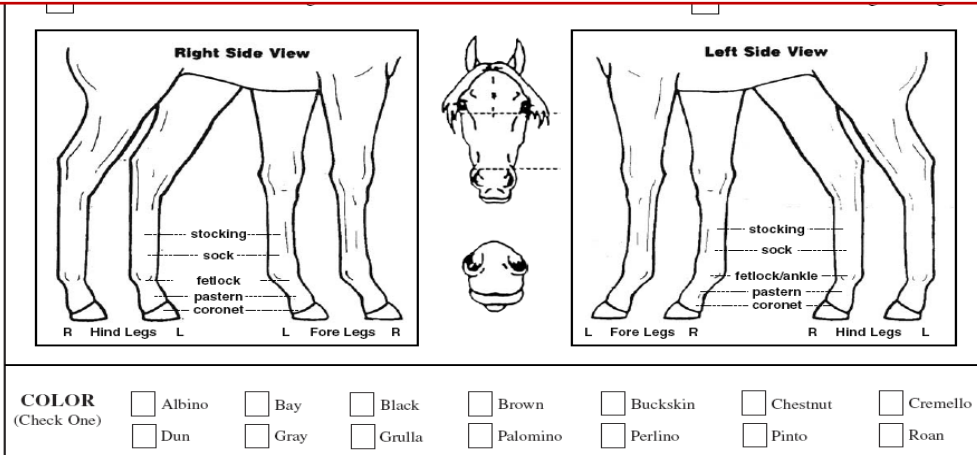


Paso Fino Horse Association, Incorporated

4067 Iron Works Parkway, Lexington, KY 40511 (859) 825-6000 FAX (859) 258-2125 www.pfha.org

DUPLICADO DE SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE ESPECTÁCULO

CABALLO PRESENTADO: Nombre del Caballo: _____
 Número de Registro del Caballo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
 Sexo del Caballo: (Circule uno) Yegua Castrado Semental Número de Microchip (si corresponde) _____
 Estado o País de Origen: _____ Registrado en qué País: _____
 Nombre del Registro Aceptado: _____
 Nombre de la Progenitora _____ Número de Registro de la Progenitora: _____
 Nombre del Progenitor _____ Número de Registro del PFHA del Progenitor: _____
 Por favor adjunte al menos 4 o 5 fotos a color del caballo que muestren la cara, las patas delanteras y traseras, y ambos lados del cuerpo. Si existen otras características que se deben anotar en el certificado, por favor proporcione una fotografía que muestre estas características.
 Incluya cualquier marca distintiva en el caballo: (por ejemplo, raya dorsal, manchas de armiño, etc) _____ La
 Solicitud Original de Validación de Espectáculo para este caballo se extravió por las siguientes circunstancias:



Al menos dos fotos a color del caballo deben de ser proporcionadas junto con esta solicitud, o enviadas por correo electrónico a registration@pfha.org

DUÑO DEL CABALLO: NÚMERO DE MEMBRESÍA DEL PFHA: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____
 Granja o Negocio (Si corresponde) _____ Número del PFHA de la Granja _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Código Postal: _____
 Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Empleo: _____
 Fax: _____ Correo Electrónico: _____

MÉTODO DE PAGO: (No envíe efectivo.) Cheque/Giro Postal a nombre del PFHA VISA MASTERCARD AMEX
 Cantidad a Deber \$75 Cantidad Pagada \$ _____
 Número de Tarjeta: _____ Fecha de Expiración: _____ Código de Seguridad: _____
 Nombre del Tarjetahabiente: _____
 Dirección del Tarjetahabiente: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Código Postal: _____
 Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Empleo: _____
 Fax: _____ Correo Electrónico: _____
 Firma del Tarjetahabiente: _____

INSTRUCCIONES:
 1. Esta solicitud es estrictamente para el otorgamiento de un Duplicado de Certificado de Validación de Espectáculo y no es para registrarse para Paso Fino Horse Association.
 2. Envíe por correo este formulario con el pago de \$75.00 a:
 Paso Fino Horse Association; 4067 Iron Works Parkway, Lexington, KY 40511