



## CONTRAT DE SAILLIE

# ULTRASONIC D'AUGE

SAISON DE MONTE 2019



### CONDITIONS DE MONTE EN SELLE FRANÇAIS

UNIQUEMENT EN I.A.C

1ère partie	Réservation Saillie	220,00 € TTC (200 € HT + 20,00 € TVA)	340,00 € TTC
	+ Frais envoi doses	120,00 € TTC (100 € HT + 20,00 € TVA)	
2ème partie	Solde encaissable Au 01/10 si jument pleine	220,00 € TTC (200 € HT + 20,00 € TVA)	

La réservation de la saillie ne sera prise en compte qu'à réception du présent contrat signé, accompagné d'un chèque de caution du montant de la saillie, à l'ordre de la SARL LA BOSQUETTERIE. 3 doses de 8 paillettes seront mises à disposition dans le centre agréé choisi. Chaque dose devra être mise en place en insémination sur ovulation.

### CONDITIONS PARTICULIERES

- ◆ Les doses non utilisées restent la propriété du vendeur.
- ◆ Les frais de pension, suivi gynécologique et de mise en place sont à la charge de l'acheteur et sont à voir avec votre centre d'insémination.
- ◆ L'acheteur s'engage à ne déclarer la naissance de son poulain qu'après avoir averti l'éta lonnier qui lui aura retourné la déclaration de naissance signée.
- ◆ **Garantie poulain vivant fonctionne :**

\*en cas de non-gestation au 01/10/19, la réservation est reportée sur 2020. hors frais d'envoi des doses.

\*en cas d'avortement après le 01/10/19 ou mortalité du poulain à 48h, le montant total de la saillie sera reporté sur 2020 pour les juments à jour de vaccinations (5ième, 7ième, 9ième mois). Hors frais d'envoi des dose.

Dans les deux cas, seuls les frais techniques (200 HT) seront à payer pour bénéficier du report

### CONTRAT

Je soussigné (Nom, Prénom) .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : ..... Email : .....

Déclare souscrire une saillie de **ULTRASONIC D'AUGE** pour la saison de monte 2019 aux conditions ci-dessus, pour ma jument (Nom) : .....

N° SIRE : ..... Date de Naissance : .....

Qui sera inséminée au Centre de : .....

Adresse du Centre : .....

Tél : ..... Fax : ..... Email : .....

Date à laquelle je souhaite disposer des doses dans le centre : .....

En vue d'un transfert d'embryon :  OUI  NON

Si oui précisez le nom du centre de TE : .....

Fait à ..... Le, .....

L'acheteur

Porter la mention  
"lu et Approuvé"

Le vendeur

**SARL LA BOSQUETTERIE-HARAS DE LA BOSQUETTERIE-14340 LE PRE D'AUGE**

**Tél: 02.31.48.14.00 // Gms: 06.27.47.49.45**

**Email : la-bosquetterie@wanadoo.fr//**