FEDERACIÓN ORNITOLÓGICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Afiliada a la C.O.M.

SOLICITUD DE ANILLAS

ANILLAS ITALIANAS COLOR (1)

Fed. Regional :_____ **Asociación :**_____ **Cod.Federal**_____ **Teléfono:**_____

Dirección de envío :_____ **C.P. :**_____ **Población :** _____ **Provincia:**_____

APELLIDOS y NOMBRE	DIRECCIÓN	CP	POBLACIÓN	PROVINCIA	DNI	N.C.	Z 2	A 2,4	Y 2,7	B 2,9	X 3,1	C 3,4	C1 3,4	R 3,85	D 4,2	E 4,5	F 5	G 6

APELLIDOS y NOMBRE	DIRECCIÓN	CP	POBLACIÓN	PROVINCIA	DNI	N.C.	Z 2	A 2,4	Y 2,7	B 2,9	X 3,1	C 3,4	C1 3,4	R 3,85	D 4,2	E 4,5	F 5	G 6
TOTAL ANILLAS																		

Fecha: **Firma y sello de Asociación**	**Fecha:** **Firma y sello de Presidente FOCVA**