

TITOLAZIONE ANTICORPI VACCINALI PER RABBIA IZS

SPECIE	
NOME	
DATA DI NASCITA	
SESSO	
RAZZA	
TAGLIA	
PELO	
MANTELLLO	
MICROCHIP:NUMERO E DATA DI APPLICAZIONE	
DATA ULTIMA VACCINAZIONE ANTIRABBICA	
VACCINO: TIPO	
VACCINO: LOTTO N°	
DATA DEL PRELIEVO	
DATA PRESUNTA DI PARTENZA	
PAESE DI DESTINAZIONE	

LA PROVETTA DI SANGUE DEVE ESSERE IDENTIFICATA CON IL NUMERO DEL MICROCHIP O DI TATUAGGIO(THE SAMPLE MUST BE IDENTIFIED BY THE MICROCHIP OR TATOO NUMBER)

PROPRIETARIO

COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO CITTA' CAP	
TELEFONO	
FAX	

VETERINARIO

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE O P.IVA	
INDIRIZZO CITTA' CAP	
TIMBRO E FIRMA	

INDICARE SE LA FATTURA DEVE ESSERE A NOME DEL PROPRIETARIO O VETRINARIO

INDICARE LE MODALITA' DI INVIO DEL RAPPORTO DI PROVA:PROPRIETARIO -VETERINARIO

RITIRO DIRETTO:

POSTA:

FAX:AL N°

MODALITA' DI PAGAMENTO:BANCA POPOLARE DELL'EMILIA ROMAGNA C/C0465-002430983

FILIALE 38860 – ALBANO LAZIALE IBAN IT48C053873886000002430983

C/C POSTALE N. 57317000