

Valido da Novembre 2016
 Compilare i campi e sottoscrivere.
 È richiesto il pagamento anticipato delle analisi.

NOME DEL GATTO:		DATA DI NASCITA:	SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
RAZZA:		MANTELLO:	
# MICROCHIP: <input type="text"/>		# ISCRIZIONE LOI: <input type="text"/>	
ID OVIC:			
LUOGO E DATA DEL PRELIEVO:			
CAMPIONE BIOLOGICO:		SANGUE EDTA <input type="checkbox"/>	CARTA FTA® WHATMAN <input type="checkbox"/>
TAMPONE BUCCALE <input type="checkbox"/>			
SI RICHIEDE:			
<input type="checkbox"/> Degenerazione retinica PRA (rdAc)	471	<input type="checkbox"/> Mucopolisaccaridosi (MPS) VI	451
<input type="checkbox"/> Deficienza di piruvato chinasi (PK)	453	<input type="checkbox"/> Mucopolisaccaridosi (MPS) VII	452
<input type="checkbox"/> Nefropatia policistica PKD	400	<input type="checkbox"/> Mannosidosi Razza Persiana	420
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica - Maine Coon A31P	518	<input type="checkbox"/> Lunghezza del pelo	455
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica - Maine Coon A31P + A74T	421	<input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Cinnamon /Chocolate	456
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Ragdoll	454	<input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Agouti – gatto	457
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM1 Burmese, Siamese, Korat	468	<input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Siamese /Burmese	458
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Korat	510	<input type="checkbox"/> Diluizione colore pelo	467
<input type="checkbox"/> Glicogenosi (GSD) Tipo IV - Norvegese delle Foreste	419	<input type="checkbox"/> Profilo Genetico ISAG	460
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Domestic Shorthair	469	<input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Spinale – Maine Coon	495
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Japanese Shorthair	470	<input type="checkbox"/> Tipizzazione genetica gruppi sanguigni - esclusi Ragdoll	496
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Burmese	478	<input type="checkbox"/> Test Sierologico Gruppi Sanguigni - sangue fresco	513
<input type="checkbox"/> URGENZA: referto in 5 giorni lavorativi (+30% sul costo dell'analisi)			
PROPRIETARIO			
COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:			
INDIRIZZO:		COMUNE:	
CAP:		PROVINCIA:	
PI <input type="text"/>	CF <input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFONO	FAX	EMAIL	@
DATI PER LA FATTURAZIONE (SOLO SE DIVERSO DA PROPRIETARIO)			
COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:			
INDIRIZZO:		COMUNE:	
CAP:		PROVINCIA:	
PI <input type="text"/>	CF <input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFONO	FAX	EMAIL	@
MODALITA' DI REFERTAZIONE E INVIO FATTURA			
e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/>			
PRELEVATORE:			
IO SOTTOSCRITTO COGNOME/NOME		IN QUALITA' DI MEDICO VETERINARIO ATTESTO	
CHE IL CAMPIONE BIOLOGICO PRELEVATO DAL GATTO IDENTIFICATO COME INDICATO SOTTO, E' STATO IDENTIFICATO IN MODO CHIARO ED INEQUIVOCABILE ED È ALLEGATO ALLA PRESENTE RICHIESTA			
LUOGO E DATA		FIRMA	
TELEFONO	FAX	EMAIL	@
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (art. 46 D.P.R. n. 445/00)			
io sottoscritto/a cognome		nome	Codice fiscale
nato/a a	prov.	il sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	residente a
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 455/2000, consapevole delle responsabilità anche penali delle mendaci dichiarazioni			
DATA	FIRMA	(ALLEGARE FOTOCOPIA DOC: IDENTITA')	
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.			