



**MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.0**

Valido da Gennaio 2018

**ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.**

<p><b>FATTURAZIONE A:</b></p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>INDIRIZZO:</b></p> <p><b>CAP:</b>                      <b>COMUNE:</b></p> <p><b>PROVINCIA:</b>                      (    )</p> <p><b>RECAPITO TELEFONICO:</b></p> <p><b>E-MAIL:</b></p>	<p><b>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</b></p>
<p><b>Modalità di refertazione e invio fattura:</b></p> <p>e-mail <input type="checkbox"/>      posta <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b> 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.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p><b>Proprietario:</b></p>	
<p><b>Nome Paziente:</b> _____ <b>Microchip/N° di Pedigree:</b> _____</p> <p><b>Specie:</b> Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p><b>Razza:</b> _____ <b>Data di nascita:</b> _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/>                      F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</b></p>	

2

<input type="checkbox"/>	EHV 1	47
<input type="checkbox"/>	EHV 2	54
<input type="checkbox"/>	EHV 3	53
<input type="checkbox"/>	EHV 4	48
<input type="checkbox"/>	EHV 5	55
<input type="checkbox"/>	Encephalitozoon cuniculi	80
<input type="checkbox"/>	FCOV	16
<input type="checkbox"/>	FELV	13
<input type="checkbox"/>	FIP	15
<input type="checkbox"/>	FIV	14
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione Giardia	34
<input type="checkbox"/>	Giardia spp.	33
<input type="checkbox"/>	Habronema microstoma	60
<input type="checkbox"/>	Habronema muscae	59
<input type="checkbox"/>	Helicobacter spp.	49
<input type="checkbox"/>	Hepatozoon	84
<input type="checkbox"/>	Herpesvirus canino	22
<input type="checkbox"/>	Herpesvirus felino	23
<input type="checkbox"/>	Influenza equina	51
<input type="checkbox"/>	Leishmania alta sensibilità	2
<input type="checkbox"/>	Leishmania spp.	1
<input type="checkbox"/>	Leptosirosi	4

<input type="checkbox"/>	M haematoparvum (emobartonellosi canina)	71
<input type="checkbox"/>	M haemocanis (emobartonellosi canina)	31
<input type="checkbox"/>	M haemofelis (emobartonellosi felina)	74
<input type="checkbox"/>	Malattia di Pacheco	67
<input type="checkbox"/>	Micobatteri	96
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma canis	79
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma spp	77
<input type="checkbox"/>	Neospora caninum	39
<input type="checkbox"/>	Papillomavirus bovino	249
<input type="checkbox"/>	Parainfluenza canina	38
<input type="checkbox"/>	Parvovirus canino	20
<input type="checkbox"/>	Parvovirus felino (panleucopenia)	21
<input type="checkbox"/>	Polyomavirus degli psittacidi	68
<input type="checkbox"/>	Prototheca zoppii e wickerhamii spp	97
<input type="checkbox"/>	PRRSV	5
<input type="checkbox"/>	Rickettsia spp.	17
<input type="checkbox"/>	Rodococcus equi (rodococcosi)	62

**MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.0**

Valido da Gennaio 2018

**ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.**

<p><b>FATTURAZIONE A:</b></p> <p>PI/CF <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p><b>INDIRIZZO:</b></p> <p><b>CAP:</b>                      <b>COMUNE:</b></p> <p><b>PROVINCIA:</b>                      (      )</p> <p><b>RECAPITO TELEFONICO:</b></p> <p><b>E-MAIL:</b></p>	<p><b>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</b></p>
<p><b>Modalità di refertazione e invio fattura:</b></p> <p>e-mail <input type="checkbox"/>      posta <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b> 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.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p><b>Proprietario:</b></p>	
<p><b>Nome Paziente:</b> _____ <b>Microchip/N° di Pedigree:</b> _____</p> <p><b>Specie:</b> Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p><b>Razza:</b> _____ <b>Data di nascita:</b> _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/>                      F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</b></p>	

3

<input type="checkbox"/>	Rotavirus equino	65
<input type="checkbox"/>	Salmonella typhimurium	92
<input type="checkbox"/>	Screening emobartonellosi canina	72
<input type="checkbox"/>	Screening emobartonellosi felina	11
<input type="checkbox"/>	Streptococcus equi subsp. Zooepid.e equi	52
<input type="checkbox"/>	Taylorella equigenitalis	63
<input type="checkbox"/>	Tenia cyclophilidean	138
<input type="checkbox"/>	Tenia hymenolepis	139
<input type="checkbox"/>	Tenia spp	98
<input type="checkbox"/>	Theileria equi	30
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione funghi	99
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione Parvovirus canino	40
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii	7
<input type="checkbox"/>	Tritrichomonas foetus	81
<input type="checkbox"/>	Wolbachia spp.	73
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 1 "Malattie da artropodi"	200
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 1 bis "Malattie da artropodi bis"	246

<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 2 "Malattie da artropodi HS"	201
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 2bis "Malattie da artropodi HS bis"	247
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 3 "Neurologico"	202
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 4 "Malattie da zecche"	204
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 5 "Malattie da zecche esteso"	203
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 6 "Filariosi"	205
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 6bis "Filariosi nuovo"	248
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 7 "Protozoi Intestinali"	207
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 8 "Intestinale"	208
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 9 "Intestinale esteso"	209

**MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.0**

Valido da Gennaio 2018

**ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.**

<p><b>FATTURAZIONE A:</b></p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>INDIRIZZO:</b></p> <p><b>CAP:</b>                      <b>COMUNE:</b></p> <p><b>PROVINCIA:</b>                      (    )</p> <p><b>RECAPITO TELEFONICO:</b></p> <p><b>E-MAIL:</b></p>	<p><b>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</b></p>
<p><b>Modalità di refertazione e invio fattura:</b></p> <p>e-mail <input type="checkbox"/>      posta <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b> 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.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p><b>Proprietario:</b></p>	
<p><b>Nome Paziente:</b> _____ <b>Microchip/N° di Pedigree:</b> _____</p> <p><b>Specie:</b>    Cane <input type="checkbox"/>    Gatto <input type="checkbox"/>    Cavallo <input type="checkbox"/>    Suino <input type="checkbox"/>    Bovino <input type="checkbox"/>    Altro <input type="checkbox"/></p> <p><b>Razza:</b> _____ <b>Data di nascita:</b> _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/>                      F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</b></p>	

4

<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 10 "Respiratorio"	210
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 11 "Zoonosi cane"	211
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 1 "Neurologico"	230
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 1bis "Neurologico bis"	239
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 2 "Malattie virali"	231
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 2 bis "Malattie virali bis"	240
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 3 "Anemia"	232
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 4 "Oftalmologico respiratorio"	233
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 5 "Filariosi"	234
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 6 "Protozoi Intestinali"	235

<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 7 "Zoonosi gatto"	236
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Micoplasmi emotropi felini"	237
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Piroplasmidi del cavallo"	238
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Riproduzione cavallo"	241
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Respiratorio cavallo"	242
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Volatili 1"	243
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Volatili 2"	244
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Volatili 3"	245

**MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.0**

Valido da Gennaio 2018

**ATTENZIONE – da compilare gentilmente in STAMPATELLO.**

<p><b>FATTURAZIONE A:</b></p> <p>PI/CF <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p><b>INDIRIZZO:</b></p> <p><b>CAP:</b>                      <b>COMUNE:</b></p> <p><b>PROVINCIA:</b>                      (    )</p> <p><b>RECAPITO TELEFONICO:</b></p> <p><b>E-MAIL:</b></p>	<p><b>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</b></p>
<p><b>Modalità di refertazione e invio fattura:</b></p> <p>e-mail <input type="checkbox"/>      posta <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b> 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.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p><b>Proprietario:</b></p>	
<p><b>Nome Paziente:</b> _____ <b>Microchip/N° di Pedigree:</b> _____</p> <p><b>Specie:</b> Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p><b>Razza:</b> _____ <b>Data di nascita:</b> _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/>                      F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</b></p>	

**Test malattie genetiche**

<input type="checkbox"/>	AD-PRA	461
<input type="checkbox"/>	Adult Onset Neuropathy (AON)*	574
<input type="checkbox"/>	Atrofia Muscolare Spinale (SMA)	495
<input type="checkbox"/>	Bernard-Soulier Sindrome (BSS)	555
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia Ipertrofica A31P - Maine Coon	518
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia Ipertrofica A31P + A74T - Maine Coon	421
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia Ipertrofica - Ragdoll	454
<input type="checkbox"/>	Cataratta Ereditaria	443
<input type="checkbox"/>	Cistinuria Newfoundland, Landseer	405
<input type="checkbox"/>	Cistinuria – Miniature Pinscher	539
<input type="checkbox"/>	Cistinuria – Australian Cattle Dog	588
<input type="checkbox"/>	Cistoadenocarcinoma Renale Ereditario	446

<input type="checkbox"/>	CLAD	422
<input type="checkbox"/>	CMR 1	577
<input type="checkbox"/>	CMR 2	578
<input type="checkbox"/>	CNM (Miopatia Ereditaria)	445
<input type="checkbox"/>	Cobalamina malassorbimento – Australian Shepherd	549
<input type="checkbox"/>	Coda corta (Bobtail)	511
<input type="checkbox"/>	Collie Eye Anomaly (CEA)*	552
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Agouti	457
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Charcoal	570
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Cinnamon/Chocolate	456
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Siamese/Burmese -	458
<input type="checkbox"/>	Colorazione Ambra	544
<input type="checkbox"/>	Cord1-PRA*	591
<input type="checkbox"/>	Crd-PRA*	558
<input type="checkbox"/>	Curly	435

**MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.0**

Valido da Gennaio 2018

**ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.**

<p><b>FATTURAZIONE A:</b></p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>INDIRIZZO:</b></p> <p><b>CAP:</b>                      <b>COMUNE:</b></p> <p><b>PROVINCIA:</b>                      (    )</p> <p><b>RECAPITO TELEFONICO:</b></p> <p><b>E-MAIL:</b></p>	<p><b>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</b></p>
<p><b>Modalità di refertazione e invio fattura:</b></p> <p>e-mail <input type="checkbox"/>      posta <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b> 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.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p><b>Proprietario:</b></p>	
<p><b>Nome Paziente:</b> _____ <b>Microchip/N° di Pedigree:</b> _____</p> <p><b>Specie:</b> Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p><b>Razza:</b> _____ <b>Data di nascita:</b> _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/>                      F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</b></p>	

6

<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore VII - Alaskan Klee Kai	407
<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore VII - Beagle	406
<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore VII - Scottish Deerhound	408
<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore XI - Kerry Blue Terrier	409
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Fosfofruttochinasi (PFKD)	416
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - cane	417
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - gatto	453
<input type="checkbox"/>	Degenerazione Retinica PRA (rdAc)	471
<input type="checkbox"/>	Deposito di Campione Biologico	602
<input type="checkbox"/>	Diluizione Colore Pelo - cane	472
<input type="checkbox"/>	Diluizione Colore Pelo - gatto	467

<input type="checkbox"/>	Distrofia muscolare (LSMD)	427
<input type="checkbox"/>	Distrofia muscolare-Golden Retriever	575
<input type="checkbox"/>	Distrofia muscolare CKCS	434
<input type="checkbox"/>	Dry Eye Curly Coat Syndrome (CCS)	526
<input type="checkbox"/>	EIC	450
<input type="checkbox"/>	Emofilia B - Rhodesian Ridgeback	568
<input type="checkbox"/>	Epidermolisi Bollosa giunzionale	479
<input type="checkbox"/>	Epilessia Giovanile	508
<input type="checkbox"/>	Epilessia mioclonica (JME)	508
<input type="checkbox"/>	Episodic Falling (EF)*	525
<input type="checkbox"/>	Fucosidosi	410
<input type="checkbox"/>	Furnishing	537
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM1	468
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM2	478
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM2 - Domestic Shorthair	470
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM2 - Japanese	469

**MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.0**

Valido da Gennaio 2018

**ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.**

<p><b>FATTURAZIONE A:</b></p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>INDIRIZZO:</b></p> <p><b>CAP:</b>                      <b>COMUNE:</b></p> <p><b>PROVINCIA:</b>                      (    )</p> <p><b>RECAPITO TELEFONICO:</b></p> <p><b>E-MAIL:</b></p>	<p><b>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</b></p>
<p><b>Modalità di refertazione e invio fattura:</b></p> <p>e-mail <input type="checkbox"/>      posta <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b> 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.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p><b>Proprietario:</b></p>	
<p><b>Nome Paziente:</b> _____ <b>Microchip/N° di Pedigree:</b> _____</p> <p><b>Specie:</b> Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p><b>Razza:</b> _____ <b>Data di nascita:</b> _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/>                      F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</b></p>	

	Shorthair	
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi Tipo 1 GM1	535
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi Tipo 1 GM1*	540
<input type="checkbox"/>	Gene SOD1 esone 1	551
<input type="checkbox"/>	Gene Sod 1 esone 2	493
<input type="checkbox"/>	Glicogenosi (GSD) Tipo IA	423
<input type="checkbox"/>	Glicogenosi (GSD) Tipo IV	419
<input type="checkbox"/>	GR PRA1	528
<input type="checkbox"/>	GR PRA2*	564
<input type="checkbox"/>	HNPk*	522
<input type="checkbox"/>	(HYPP)	509
<input type="checkbox"/>	IGS - Beagle	542
<input type="checkbox"/>	IGS* - Border Collie	542
<input type="checkbox"/>	Imerslund-Gräsbeck syndrome (IGS) - Beagle	542
<input type="checkbox"/>	Ipertermia Maligna (RYR)	550
<input type="checkbox"/>	Iperuricosuria	576

<input type="checkbox"/>	Ipotiroidismo - cane	411
<input type="checkbox"/>	Irtiosi - Golden Retriever	543
<input type="checkbox"/>	JLPP	582
<input type="checkbox"/>	L-2 idrossiglutarico Aciduria - Staffordshire Bull Terrier	476
<input type="checkbox"/>	Late onset ataxia (LOA)	580
<input type="checkbox"/>	Locus A - Agouti	523
<input type="checkbox"/>	Locus B - Cioccolato, Marrone	433
<input type="checkbox"/>	Locus E - Giallo, Albicocca	432
<input type="checkbox"/>	Locus Em (Melanistic Mask Allele)	497
<input type="checkbox"/>	Locus H - Harelquin	573
<input type="checkbox"/>	Locus K	524
<input type="checkbox"/>	Lunghezza pelo - cane	494
<input type="checkbox"/>	Lunghezza pelo - gatto	455
<input type="checkbox"/>	Lussazione del Cristallino	506
<input type="checkbox"/>	Lysosomal Storage Disease (LSD)	545
<input type="checkbox"/>	Macrothrombocytopenia	586

**MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.0**

Valido da Gennaio 2018

**ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.**

<p><b>FATTURAZIONE A:</b></p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>INDIRIZZO:</b></p> <p><b>CAP:</b>                      <b>COMUNE:</b></p> <p><b>PROVINCIA:</b>                      (    )</p> <p><b>RECAPITO TELEFONICO:</b></p> <p><b>E-MAIL:</b></p>	<p><b>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</b></p>
<p><b>Modalità di refertazione e invio fattura:</b></p> <p>e-mail <input type="checkbox"/>      posta <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b> 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.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p><b>Proprietario:</b></p>	
<p><b>Nome Paziente:</b> _____ <b>Microchip/N° di Pedigree:</b> _____</p> <p><b>Specie:</b> Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p><b>Razza:</b> _____ <b>Data di nascita:</b> _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/>                      F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</b></p>	

8

<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo I	447
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo II	448
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo III - Scottish Terrier	449
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo III - Shetland Sheepdog	466
<input type="checkbox"/>	Mannosidosi	420
<input type="checkbox"/>	Mantello Tobiano	486
<input type="checkbox"/>	Mielopatia Degenerativa*	666
<input type="checkbox"/>	Miotonia Congenita - Miniature Schnauzer	415
<input type="checkbox"/>	Miotonia Congenita Australian Cattle Dog	562
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VII - cane	414
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VII - gatto	452
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) III B	412

<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VI - cane	413
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VI - gatto	451
<input type="checkbox"/>	Musladin-Lueke Syndrome (MLS) - Beagle	515
<input type="checkbox"/>	Myostatin Deficiency* - Whippet	592
<input type="checkbox"/>	Nanismo Ipofisario	529
<input type="checkbox"/>	Nanismo	572
<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Bassotto	579
<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Dobermann	590
<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Labrador Retriever	534
<input type="checkbox"/>	Nefropatia Ereditaria	485
<input type="checkbox"/>	Nefropatia policistica (PKD)	400
<input type="checkbox"/>	NCCD - Beagle	527
<input type="checkbox"/>	NCL 5 - Border Collie	533
<input type="checkbox"/>	NCL 8 - English Setter	530
<input type="checkbox"/>	NCL-A*	428
<input type="checkbox"/>	Osteocondrodistrofia - gatto	439









