

Valido da Novembre 2017  
 Compilare i campi **IN STAMPATELLO**.

È richiesto il pagamento anticipato delle analisi.

<b>NOME DEL GATTO:</b>	DATA DI NASCITA:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
RAZZA:	MANTELLLO:	
# MICROCHIP: <input type="text"/> # ISCRIZIONE LOI:		

**LUOGO E DATA DEL PRELIEVO:**

**CAMPIONE BIOLOGICO:** SANGUE EDTA  TAMPONE BUCCALE  CITO-BRUSH  TAMPONE CON SANGUE

**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 A31P – Maine Coon	518	<input type="checkbox"/> Lunghezza del pelo	455
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P + A74T – Maine Coon	421	<input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Cinnamon /Chocolate	456
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Ragdoll	454	<input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Agouti	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	513

 **URGENZA:** referto in 5 giorni lavorativi (+30% sul costo dell'analisi)

**PROPRIETARIO**

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: ( )

PI  CF

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

**DATI PER LA FATTURAZIONE (SOLO SE DIVERSO DA PROPRIETARIO)**

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: ( )

PI  CF

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI REFERTAZIONE E INVIO FATTURA**

e-mail       posta

**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  F 

residente a \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 455/2000, consapevole delle responsabilità anche penali delle mendaci dichiarazioni

DICHIARO/A DI ESSERE REGOLARMENTE ISCRITTO/A ALL' ASSOCIAZIONE FELINA ITALIANA (AGI) PER L'ANNO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(ALLEGA FOTOCOPIA DOC.IDENTITA' + TESSERA AGI AGGIORNATA)

**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.