

Compilare i campi in **STAMPATELLO**

**Allegare TESSERA ASSOCIATIVA AGGIORNATA e RICEVUTA PAGAMENTO ANTICIPATO.**

**NOME DEL GATTO:** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_ M  F   
**RAZZA:** \_\_\_\_\_ **MANTELLLO:** \_\_\_\_\_  
**# MICROCHIP:** □□□□□□□□□□□□□□□□ **# 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 –<br>Maine Coon        | 518 | <input type="checkbox"/> Lunghezza del pelo  | 455 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P + A74T –<br>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 –<br>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 –<br>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 \_\_\_\_\_

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 NAZIONALE FELINA ITALIANA (ANFI) PER L'ANNO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(ALLEGA FOTOCOPIA DOC.IDENTITA' + TESSERA ANFI 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.