



**MODULO DI RICHIESTA ESAMI - HCS HEREDITARY CARDIOMYOPATHY STUDY  
DOTT.SSA CASTELLITTO**

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

<b>NOME DEL GATTO:</b> RAZZA:	DATA DI NASCITA: MANTELLO:	SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
# MICROCHIP: <input type="text"/>	# ISCRIZIONE LOI: <input type="text"/>	
<b>LUOGO E DATA DEL PRELIEVO:</b>		
<b>CAMPIONE BIOLOGICO:</b>	SANGUE EDTA <input type="checkbox"/>	CARTA FTA@ WHATMAN <input type="checkbox"/>
		TAMPONE BUCCALE <input type="checkbox"/>
SI RICHIEDE:		
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Maine Coon A31P		518
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Maine Coon A31P + A74T		421
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Ragdoll		454
<input type="checkbox"/> <b>URGENZA:</b> referto in 5 giorni lavorativi (+30% sul costo dell'analisi)		
<b>PROPRIETARIO</b>		
COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:		
INDIRIZZO:	COMUNE:	
CAP:	PROVINCIA:	
PI <input type="text"/>	CF <input type="text"/>	
TELEFONO	FAX	EMAIL @
<b>DATI PER LA FATTURAZIONE (SOLO SE DIVERSO DA PROPRIETARIO)</b>		
COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:		
INDIRIZZO:	COMUNE:	
CAP:	PROVINCIA:	
PI <input type="text"/>	CF <input type="text"/>	
TELEFONO	FAX	EMAIL @
<b>MODALITA' DI REFERTAZIONE E INVIO FATTURA</b>		
e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/>		
<b>PRELEVATORE:</b>		
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 @
<b>DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (art. 46 D.P.R. n. 445/00)</b>		
io sottoscritto/a cognome	nome	Codice fiscale
nato/a a	prov. il	residence 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	(ALLEGARE FOTOCOPIA DOC: IDENTITA')
<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.		