MODULO DI RICHIESTA ESAMI – CONVENZIONE OVIC

Valido da Gennaio 2018
Richiesto pagamento anticipato delle analisi. Allegare ricevuta di pagamento.

Compilare TUTTI i campi in STAMPATELLO LEGGIBILE.

NOME DEL GATTO: DATA DI NASCITA: SESSO: M □ F □
RAZZA: MANTELLO:

MICROCHIP: □□□□□□□□□□□□□□□ # ISCRIZIONE LOI:

ID OVIC:

LUOGO E DATA DEL PRELIEVO:

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

SI RICHIEDE:

□ Degenerazione retinica PRA (rdAc)	471	□ Mucopolisaccarisosi (MPS) VI	451
□ Deficienza di piruvato chinasi (PK)	453	□ Mucopolisaccaridosi (MPS) VII	452
□ Nefropatia policistica PKD	400	□ Mannosidosi Razza Persiana	420
□ Cardiomiopatia ipertrofica - Maine Coon A31P	518	□ Lunghezza del pelo	455
□ Cardiomiopatia ipertrofica - Maine Coon A31P + A74T	421	□ Colorazione del pelo Cinnamon /Chocolate	456
□ Cardiomiopatia ipertrofica – Ragdoll	454	□ Colorazione del pelo Agouti – gatto	457
□ Gangliosidosi GM1 Burmese, Siamese, Korat	468	□ Colorazione del pelo Siamese /Burmese	458
□ Gangliosidosi GM2 Korat	510	□ Diluizione colore pelo	467
□ Glicogenosi (GSD) Tipo IV - Norvegese delle Foreste	419	□ Profilo Genetico ISAG	460
□ Gangliosidosi GM2 Domestic Shorthair	469	□ Atrofia Muscolare Spinale – Maine Coon	495
□ Gangliosidosi GM2 Japanese Shorthair	470	□ Tipizzazione genetica gruppi sanguigni - esclusi Ragdoll	496
□ Gangliosidosi GM2 Burmese	478	□ Test Sierologico Gruppi Sanguigni - sangue fresco	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

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.

GENEFAST SRL, VIA JOLANDA BALDASSARI 6, 47122 FORLI' (FC)
TEL: 0543/705473 FAX: 0543/805270 PIVA 02851890364
info@genefast.com
www.genefast.com