

Valido da Novembre 2017
 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:

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