

Compilare i campi in **STAMPATELLO**

 Allegare **TESSERA ASSOCIATIVA AGGIORNATA e RICEVUTA PAGAMENTO ANTICIPATO.**
NOME DEL GATTO: _____ **DATA DI NASCITA:** _____ M F
RAZZA: _____ **MANTELLINO:** _____

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 – 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 esclusi Ragdoll | 495 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Japanese Shorthair | 470 | <input type="checkbox"/> Tipizzazione genetica gruppi sanguigni – | 496 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Burmese | 478 | <input type="checkbox"/> Test Serologico 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

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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

FIRMA: _____