

Valido da Maggio 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:**

- |  |     |   |     |
|--|-----|---|-----|
| <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

**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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

FIRMA: