

Compilare i campi in **STAMPATELLO**

 Allegare **TESSERA ASSOCIATIVA AGGIORNATA e RICEVUTA PAGAMENTO ANTICIPATO.**

NOME DEL GATTO:	DATA DI NASCITA:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
RAZZA:	MANTELLA:	
# MICROCHIP: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		
# ISCRIZIONE LOI: <input type="text"/>		

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"/> Colorazione del pelo Cinnamon /Chocolate	456
<input type="checkbox"/> Deficienza di piruvato chinasi (PK)	453	<input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Agouti	457
<input type="checkbox"/> Nefropatia policistica PKD	400	<input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Siamese /Burmese	458
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P – Maine Coon	518	<input type="checkbox"/> Diluizione colore pelo	467
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P + A74T – Maine Coon	421	<input type="checkbox"/> Profilo Genetico ISAG	460
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Ragdoll	454	<input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Spinale (SMA)	495
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM1 Burmese, Siamese, Korat	468	<input type="checkbox"/> Osteocondrodistrofia – “Mutazione Fold”	439
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Korat	510	<input type="checkbox"/> b-PRA Bengal	399
<input type="checkbox"/> Glicogenosi (GSD) Tipo IV – Norvegese delle Foreste	419	<input type="checkbox"/> Progressive retinal atrophy (pd-PRA)	646
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Domestic Shorthair	469	<input type="checkbox"/> Tipizz. sierologica gruppi sanguigni	513
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Japanese Shorthair	470	<input type="checkbox"/> Tipizz. gen. gruppi sanguigni incl.raro allele b	496
<input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Burmese	478	<input type="checkbox"/> Tipizz. gen. gruppi sanguigni Ragdoll	180
<input type="checkbox"/> Mucopolisaccarisosi (MPS) VI	451	<input type="checkbox"/> Profilo gatto 1 (PKDef, PKD, HCM MC 1 mut.)	
<input type="checkbox"/> Mucopolisaccarisosi (MPS) VII	452	<input type="checkbox"/> Profilo gatto 2 (PKDef, PKD, HCM RD)	
<input type="checkbox"/> Mannosidosi (Persiano)	420	<input type="checkbox"/> Profilo gatto 3 (PKDef, PKD, HCM MC 1 mut., SMA)	
<input type="checkbox"/> Lunghezza del pelo	455	<input type="checkbox"/> Profilo Gruppi Sanguigni	212
<input type="checkbox"/> Profilo Lunghezza del pelo		<input type="checkbox"/> Profilo Gruppi Sanguigni Ragdoll	214

 URGENZA: referto in 5 giorni lavorativi (+30% sul costo dell'analisi)

PROPRIETARIO

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:	
INDIRIZZO:	COMUNE:
CAP:	PROVINCIA: ()
PI <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	CF <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
TELEFONO	FAX
EMAIL	

DATI PER LA FATTURAZIONE (SOLO SE DIVERSO DA PROPRIETARIO)

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:	
INDIRIZZO:	COMUNE:
CAP:	PROVINCIA: ()
PI <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	CF <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
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 E' ALLEGATO ALLA PRESENTE RICHIESTA

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____

TELEFONO _____ 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)

INFORMATIVA PRIVACY: Il sottoscritto, come sopra generalizzato, dichiara di essere a conoscenza e di aver preso visione dell'Informativa Privacy predisposta dalla Società Genefast S.r.l. in ottemperanza al GDPR 2016/679 e visionabile dal sito www.genefast.com.

FIRMA:

CONDIZIONI DI SERVIZIO: Il sottoscritto, come sopra generalizzato, dichiaro di aver preso visione delle condizioni generali di contratto consultabili dal sito www.genefast.com e dichiaro, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 c.c., di approvare specificamente le seguenti clausole: 5.3. (Esclusione diritto al risarcimento del Cliente in caso di ritardo nella consegna); 6.2. (Sospensione esecuzione in caso di ritardo nei pagamenti); 6.3. (Divieto sospensione pagamenti); 6.5. (Divieto di compensazione); 7.1. (rinuncia ad opporre eccezioni in caso di ritardo nella consegna conseguente all'adeguamento del corrispettivo); 4.4., 8.2., 10.2. e 14.1. (Limitazioni ed esclusioni di responsabilità del Laboratorio); 17 (Giurisdizione e foro competente).

FIRMA: