

Oddział Warszawa (laboratorium centralne)
weterynaria@alab.com.pl
+48 22 349 68 00, +48 506 368 438

Oddział Kraków
weterynariakrakow@alab.com.pl
+48 501 231 424

Oddział Olsztyn
weterynariaolsztyn@alab.com.pl
+48 510 872 182

Oddział Poznań
weterynariapoznan@alab.com.pl
+48 509 748 633

Oddział Gdynia
weterynariagdynia@alab.com.pl
+48 518 314 740

TU NAKLEJ KOD KRESKOWY

Nr Klienta _____

SKIEROWANIE NA BADANIE POZIOMU PRZECIWCIAŁ PRZECIWKO WŚCIEKLIŹNIE

Wniosek proszę wypełniać literami drukowanymi. Dla każdej próbki wypełniany jest oddzielny wniosek.

ABY BADANIE ZOSTAŁO WYKONANE, NALEŻY WYPEŁNIĆ WNIOSEK, UMIESZCZAJĄC W NIM WSZYSTKIE DANE.

Dane lekarza weterynarii
Imię i nazwisko wraz z pieczętką lekarską

Pieczętka lecznicy z adresem

STANDARD CITO

Dane pacjenta

Imię zwierzęcia	Data urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Płeć: <input type="checkbox"/> samica <input type="checkbox"/> samiec	
Gatunek: <input type="checkbox"/> pies <input type="checkbox"/> kot <input type="checkbox"/> inny: _____	
Rasa	
<input type="text"/>	
Umaszczenie	Data pobrania materiału
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer identyfikacyjny (mikrochip)	
<input type="text"/>	
Data odczytu nr. identyfikacyjnego	Data ostatniego szczepienia p. wściekliznie
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa szczepionki	Numer serii
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dane właściciela

Imię i nazwisko

Telefon

Adres zamieszkania

Ja niżej podpisana(-y) potwierdzam zgodność podanych wyżej danych

Miejscowość:

Data:

Pieczęć i podpis lekarza