

**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**Oddział Bydgoszcz**weterynariabydgoszcz@alab.com.pl  
+48 573 227 286

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 pieczęcią lekarską

Pieczęć lekarza z adresem

☐ TRYB STANDARD☐ TRYB CITO☐ SPRAWOZDANIE  
PAPIEROWE☐ SPRAWOZDANIE  
ELEKTRONICZNE

### Dane właściciela

Imię i nazwisko

Telefon

Adres zamieszkania

### Dane pacjenta

Imię zwierzęcia

Data urodzenia

Płeć:

☐

samica

☐

samiec

Gatunek:

☐

pies

☐

kot

☐

inny:

Rasa

Umaszczenie

Data pobrania materiału

Numer identyfikacyjny (mikrochip)

Data odczytu nr. identyfikacyjnego

Data ostatniego szczepienia p. wściekliznie

Nazwa szczepionki

Numer serii

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

Miejscowość:

Data:

Pieczęć i podpis lekarza