



Istituto Zooprofilattico Sperimentale
dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale"
Campo Boario • Teramo • Tel. 0861 3321

SPAZIO RISERVATO ALL'IZS A&M

N.R.G. _____ del ____/____/____

Firma _____

RICHIESTA DI PRODUZIONE

Vaccino Stabulogeno Autovaccino

Data ____/____/____

SEZIONE A

Proprietario _____

Azienda _____ Cod. _____ Tel. _____

Indirizzo completo _____

C.F. _____ Partita IVA _____

Materiale inviato _____

Tipo di allevamento _____ Specie _____ n° capi _____

Razza _____ n° malati _____ n° morti _____

Dati anamnestici _____

Diagnosi sospetta _____

SEZIONE B

Vaccino richiesto _____

Numero dosi (**compresi i richiami**) _____ in confezioni da ml _____

Il vaccino deve essere inviato a _____

Indirizzo _____

Partita IVA _____

Timbro e firma del Veterinario richiedente
