



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

SPAZIO RISERVATO ALL'IZS A&M

Data accettazione campione _____ / _____ / _____

N.R.G./Sede/Anno _____

RICHIESTA TITOLAZIONE ANTICORPI VACCINALI PER LA RABBIA

MODULO INVIO SIERO

UTILIZZARE 1 MODULO PER OGNI CAMPIONE

ed inviare con la presente richiesta la **ricevuta del versamento di euro 51,65** sul Conto Corrente n. 11341641 intestato a Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise G. Caporale - Teramo

SEGNALAMENTO

Paese di destinazione _____ Specie _____

Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Sesso M F Razza _____

Taglia _____ Pelo _____ Mantello _____

Microchip/tatuaggio _____ data di applicazione _____ / _____ / _____

Primo intervento vaccinale Si No Data ultima vaccinazione antirabbica _____ / _____ / _____

Vaccino (nome) e lotto N° _____ Data di prelievo _____ / _____ / _____

PROPRIETARIO

Cognome _____ Nome _____ Indirizzo _____

_____ CAP _____ Comune _____

_____ Provincia _____ Codice fiscale o Partita IVA _____

Telefono _____ Fax _____

VETERINARIO RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ Indirizzo _____

_____ CAP _____ Comune _____

_____ Provincia _____ Codice fiscale o Partita IVA _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Timbro _____ Firma _____

Il versamento deve essere eseguito dalla persona alla quale deve essere inviata la fattura relativa alla presente prestazione.

*La fattura relativa alla presente prestazione deve essere inviata al:

Proprietario Veterinario richiedente