

Data accettazione campione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N.R.G./Sede/Anno \_\_\_\_\_

**RICHIESTA TITOLAZIONE ANTICORPI VACCINALI PER LA RABBIA**  
**MODULO INVIO SIERO**

UTILIZZARE 1MODULO PER OGNI CAMPIONE ed inviare con la presente richiesta la **ricevuta del bonifico bancario di euro 52,51** intestato a Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale", Via Campo Boario 64100 TERAMO - **IBAN IT65G0306915303100000046008**

**Il pagamento deve essere eseguito dalla persona alla quale deve essere inviata la fattura relativa alla presente prestazione. Il campo "codice fiscale" deve essere sempre compilato ai fini della fatturazione.**

La fattura relativa alla presente prestazione deve essere inviata al:  Proprietario  Veterinario richiedente

**Si richiede il referto in lingua inglese**

\*Barrare la casella se il referto è richiesto in lingua inglese

Data di prelievo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SEGNALAMENTO**

Paese di destinazione \_\_\_\_\_ Specie \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sesso M  F  Razza \_\_\_\_\_

Taglia \_\_\_\_\_ Mantello \_\_\_\_\_

Microchip/tatuaggio \_\_\_\_\_ data di applicazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Primo intervento vaccinale Si  No  Data ultima vaccinazione antirabbica \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vaccino (nome) e lotto N° \_\_\_\_\_

**PROPRIETARIO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Codice fiscale o Partita IVA

**VETERINARIO RICHIEDENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-mail per l'invio del referto \_\_\_\_\_

Codice fiscale o Partita IVA

Timbro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_