



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 _____