



Tulajdonos

Név: _____

Cím: _____

MVH reg. szám _____
ennek hiányában:
- **cég esetében**
adószám _____

- **magánszemély esetében**
születési dátuma: _____

helye: _____

anyja születéskori neve: _____

Telefonszám: 06/ / - -

Beküldő állatorvos

Név: _____

Cím: _____

ÉLB azonosítószám: _____

Telefonszám: 06/ / - -

Az állatorvos iktató száma: _____

Költségviselő név, cím és azonosító adatok (ha nem azonos a megrendelővel):

A beküldött minta adatai

vér (alvadásban nem gátolt) CEM tampon ondó **

Állatfaj:	Mintaszám:	Származási hely
-----------	------------	-----------------

Térítéses	Támogatott (kérjük, hogy a határozat másolatát csatolja be)	Állami költségre
-----------	---	------------------

Vizsgálat jellege:	ellenőrző	belföldi ért.	export	import	útlevél kiváltás	mentesítés	diagnosztika	jogszabályban elrendelt vizsgálat a tulajdonos költségére
--------------------	-----------	---------------	--------	--------	------------------	------------	--------------	---

Megrendelt vizsgálatok:		FKV AGID	FKV ELISA	TB	TK	EAV VN	EAV PCR **	EHV	CEM
1.	Állat neve, azonosítója								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

A saját költségére kért / elrendelt vizsgálat esetén a költségeket a számlaátvevő vállalja. Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A minta küldési szabályzatot ismerem és annak feltételeit aláírással elfogadom.

Kelt:

PH

PH

Tulajdonos / Költségviselő

Állatorvos

A vizsgálatokat csak hiánytalanul kitöltött megrendelő esetén végezzük el. Aláírások és cégszerű megrendelés esetén bélyegző lenyomat nélkül a vizsgálatokat az intézet nem végzi el. A megrendelést kérjük 3 példányban megküldeni.