

PODATKI O LASTNIKU

Ime in priimek: _____

Ulica: _____

Pošta: _____ Poš. št.: _____

Država: _____

E-mail: _____

Telefon: _____

Podpis lastnika: _____

PODATKI O VETERINARJU

Ime in priimek: _____

Klinika: _____

Ulica: _____

Pošta: _____ Poš. št.: _____

E-mail: _____

Telefon: _____

Preveril sem identiteto živali in zagotavljam, da je vzorec odvzet od spodaj opisane živali.

Podpis / žig: _____

PODATKI O PLAČILURačun poravna: klinika lastnik Način plačila: bančno nakazilo PayPalO rezultatih obvestite: kliniko lastnika**PODATKI O ŽIVALI**

Vzorec: 1 mL krvi v epruveti z EDTA antikoagulantom Datum odvzema: _____

Spol: moški ženski

Ime: _____

Pasma: _____

Datum rojstva: _____

Št. mikročipa: _____ Št. rodovnika: _____

Št. tetovaže: _____ Oznaka vzorca: _____