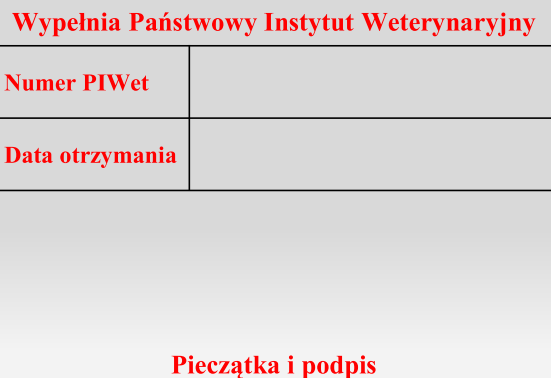




| DANE LEKARZA WETERYNARII                           |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
|----------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|-------------------------|--|----------|--------------------------|-------------------------|--|
| Imię i nazwisko                                    |  |  | Lecznica/Adres<br><i>(pieczętka lecnicy)</i> |                         |  |          |                          |                         |  |
|                                                    |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| DANE WŁAŚCICIELA                                   |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Imię i nazwisko                                    |  |  |                                              |                         |  | Telefon  |                          |                         |  |
| Adres                                              |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| PŁATNIK                                            |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Lekarz weterynarii                                 |  |  | <input type="checkbox"/>                     | Właściciel              |  |          | <input type="checkbox"/> | PROSZĘ ZAZNACZYĆ W POLU |  |
| DANE O ZWIERZĘCIU                                  |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Imię                                               |  |  |                                              | Data urodzenia lub wiek |  |          |                          |                         |  |
| Gatunek                                            |  |  | Płeć                                         |                         |  | Rasa     |                          |                         |  |
| Umaszczenie                                        |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Numer identyfikacyjny (tatuaż/mikroczip)           |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Data odczytu nr identyfikacyjnego                  |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Data pobrania próbki krwi                          |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Data ostatniego szczepienia przeciwko wściekliźnie |  |  |                                              |                         |  |          |                          |                         |  |
| Nazwa szczepionki                                  |  |  |                                              |                         |  | Nr serii |                          |                         |  |
| Certyfikat papierowy                               |  |  | TAK                                          |                         |  | NIE      |                          |                         |  |

***Ja niżej podpisany potwierdzam zgodność podanych wyżej danych***

|                    |             |                                 |
|--------------------|-------------|---------------------------------|
|                    |             |                                 |
| <b>Miejscowość</b> | <b>Data</b> | <b>Pieczęć i podpis lekarza</b> |

Dla każdej próbki(zwierzęcia) wypełniany jest oddzielny wniosek

**ABY BADANIE ZOSTAŁO WYKONANE NALEŻY WYPEŁNIĆ WNIOSEK UMIESZCZAJĄC W NIM WSZYSTKIE DANE!!!!**

Wniosek z załączoną próbką przesłać do:

**PAŃSTWOWY INSTYTUT WETERYNARYJNY**  
**AL. PARTYZANTÓW 57**  
**24 – 100 PUŁAWY**

**Faktura za wykonanie badania płatna będzie za zaliczeniem pocztowym.**