



**WNIOSEK O OKREŚLENIE POZIOMU
PRZECIWCIAŁ DLA WIRUSA WŚCIEKLIZNY***

Wypełnia Państwowy Instytut Weterynaryjny	
Numer PIWet	
Data otrzymania	
Pieczętka i podpis	

DANE LEKARZA WETERYNARII					
Imię i nazwisko		Lecznica/Adres <i>(pieczętka lecznicy)</i>			
DANE WŁAŚCICIELA					
Imię i nazwisko				Telefon	
Adres					
PŁATNIK					
Lekarz weterynarii		☐	Właściciel		☐ 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 wścieklźnie					
Nazwa szczepionki			Nr serii		
Certyfikat papierowy (17 zł)		TAK		NIE	

Ja niżej podpisany potwierdzam zgodność podanych wyżej danych

Miejscowość	Data	Pieczęć i podpis lekarza

***Wniosek proszę wypełniać komputerowo lub literami drukowanymi**

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.
