Genindexe

Une marque du laboratoire LABOFARM

Fiche de prélèvement

Identification / Filiation BOVINS

Identité de la personne recevant les résultats et la facture A REMPLIR EN MAJUSCULES

NOM / PRENOM _____ N° ELEVAGE : I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I ADRESSE ___

_____ CODE POSTAL

_ _ _ _ _ VILLE _____ PAYS _____

TELEPHONE. ____ ____ ____ ____ ____ PORTABLE. ____ ____ ____ ____ ____

E-MAIL (majuscule) _____ @ _____

Détenteur de l'animal :

NOM / PRENOM _____ N° ELEVAGE : I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I

En signant le présent document, j'accepte les conditions générales de vente pleinement et sans réserve et je commande les prestations signalées.

FAIT A : _____ DATE : _____

Signature obligatoire

Analyse demandée :

IDENTIFICATION ❑ FILIATION ❑

Nature du Prélèvement : SANG ❑ POILS ❑ CARTILAGE ❑

Résultats à envoyer par : MAIL ❑ COURRIER ❑

Attention, tout dossier non complet ou comprenant des erreurs sera facturé. Cf liste des tarifs

Attention : En l'absence de **règlement** joint aux échantillons **vos analyses ne pourront être réalisées.**

ANIMAL :

N° NATIONAL : FR |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| (Obligatoire)

N° PRELEVEMENT : (Figurant sur l'échantillon)

NOM : _____ _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

RACE : _____ _____ SEXE : M ❑ F ❑

GEMELLITÉ : OUI ❑ NON ❑ DATE DE PRELEVEMENT : ____/____/____ TYPAGE ADN : _____ _____

MERE :

N° NATIONAL : FR |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| (Obligatoire)

N° PRELEVEMENT : (Figurant sur l'échantillon)

NOM : _____ _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

RACE : _____ _____ TYPAGE ADN : _____ _____

GEMELLITÉ : OUI ❑ NON ❑ DATE DE PRELEVEMENT : ____/____/____

PERE :

N° NATIONAL : FR |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| (Obligatoire)

N° PRELEVEMENT : (Figurant sur l'échantillon)

NOM : _____ _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

RACE : _____ _____ TYPAGE ADN : _____ _____

GEMELLITÉ : OUI ❑ NON ❑ DATE DE PRELEVEMENT : ____/____/____

Identité du préleveur OBLIGATOIRE - A REMPLIR EN MAJUSCULES

JE, SOUSSIGNÉ, NOM : _____ PROFESSION : _____

PRENOM : _____ N° D'AGRÉMENT : I I I I I I I I I I

Certifie avoir vérifié l'identification des animaux prélevés et l'exactitude des informations portées sur ce document.

A : ____ ____ ____ ____ ____ LE. ____/____/____

Signature obligatoire

Laboratoire LABOFARM-GENINDEXE
4, rue Théodore Botrel – BP 351 – 22603 LOUDEAC Cedex - France
Tel. : +33 (0)2 96 28 63 43 - Fax : +33 (0)2 96 66 08 88
Mail : contact@genindexe.com - Site : www.genindexe.com

SARL au capital de 42 773,50 € - RCS ST BRIEUC - Code APE 852 Z - N° TVA FR 63378911796

Laboratoire du réseau FINALAB