



Направляється в ДНДІЛДВСЕ,  
м. Київ, вул. Волинська, 12, каб. 201

## Супровідна

на сироватки крові тварин для дослідження на наявність антитіл проти сказу

### 1. Власник тварини

Прізвище, ім'я (українською і англійською мовою за паспортом) \_\_\_\_\_

Адреса (українською і англійською, поштовий індекс, місто, вулиця, № будинку) \_\_\_\_\_

Контактний телефон \_\_\_\_\_

### 2. Опис тварин

Кличка (українською і англійською мовою за паспортом) \_\_\_\_\_

Вид тварини \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Порода \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

### 3. Ідентифікація тварин

Номер мікрочипу \_\_\_\_\_

Номер татуювання \_\_\_\_\_

### 4. Щеплення проти сказу

Виробник та назва вакцини \_\_\_\_\_

Серійний номер \_\_\_\_\_

Дата вакцинації \_\_\_\_\_

### 5. Додаткова інформація

Країна в яку вивозиться тварина \_\_\_\_\_

Вид транспорту вивезення тварини \_\_\_\_\_

### 6. Лікар ветеринарної медицини

Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

Клініка \_\_\_\_\_

Адреса (поштовий індекс, місто, вулиця, № будинку, телефон) \_\_\_\_\_

### 7. Дата відбору крові для дослідження на наявність антитіл проти сказу

Підпис лікаря \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

М.П

### 8. ПІБ власника тварини (уповноваженої власником особи), що засвідчує правильність наданої інформації:

Підпис \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_