



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 _____

Дата народження _____

3. Ідентифікація тварин

Номер мікрочипу _____

4. Щеплення проти сказу

Виробник та назва вакцини _____

Серійний номер _____

Дата вакцинації _____

5. Додаткова інформація

Країна в яку вивозиться тварина _____

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. ПБ, підпис власника тварини (уповноваженої власником особи), що засвідчує правильність наданої інформації та згоду на розміщення результатів лабораторних досліджень, особистих даних та інформації про тварину на сайті ДНДІЛДВСЕ:

Підпис _____ Дата _____