Antech™

TITRAGE DES ANTICORPS ANTIRABIQUES

PAR LA MÉTHODE RFFIT (SCIENSANO)

+32 (0)81 39 58 00
info.be@antechdx.com
www.antechdiagnostics.be

PROPRIÉTAIRE EN LETTRES CAPITALES SVP

Nom : *

Prénom : *

Rue : N°: *

Localité : *

Code Postal : * Pays : *

Téléphone : *

Email : *

TVA : *

Signature :
OBLIGATOIRE !

* TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES

PRESCRIPTEUR EN LETTRES CAPITALES SVP

A facturer à ☐ Propriétaire ☐ Vétérinaire

Copie à :
(email uniquement)

TVA :

Date : / /

Cachet VET PRESCRIPTEUR :
OBLIGATOIRE !

Signature :

Le présent formulaire doit être daté et signé par le propriétaire ou par toute autre personne autorisée. L'envoi de ce formulaire implique automatiquement l'acceptation du paiement de la prestation. En cas d'absence des coordonnées du propriétaire empêchant l'établissement de la facture, celle-ci sera adressée au vétérinaire prescripteur. Le propriétaire reconnait avoir été informé quant à la politique de conservation des données personnelles consultable sur https://www.mars.com/privacy-policy-french/.

ANIMAL

☐ Chien

☐ Chat

☐ Furet

☐ Autre: _____

Nom : _____

Race : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Sexe : _____

Identification (CHIP) : _____

Dossier : _____

Date de la première vaccination (optionnel) : __ / __ / ____

Date de la dernière vaccination antirabique : __ / __ / ____

N° de lot dernier vaccin utilisé : _____

Nom du vaccin : _____

Date de la prise de sang : __ / __ / ____