

<b>SPAZIO RISERVATO ALL'I.Z.S.A.M.</b>	
<b>Data accettazione campione</b>	
<b>N.R.G./SEDE/ANNO</b>	

## RICHIESTA TITOLAZIONE ANTICORPI VACCINALI PER LA RABBIA MODULO INVIO SIERO

(utilizzare 1 modulo per ogni campione ed inviare con la presente richiesta la ricevuta del versamento di euro 51,65 sul Conto Corrente n.11341641 intestato a Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise G. Caporale - Teramo)

### SEGNALAMENTO

Paese di destinazione	
Specie	
Nome	
Data di nascita	
Sesso	
Razza	
Taglia	
Pelo	
Mantello	
Microchip/tatuaggio - data di applicazione	
Data ultima vaccinazione antirabbica	
Vaccino (nome) e lotto N°	
Data di prelievo	

### PROPRIETARIO

Cognome	
Nome	
Indirizzo	
CAP - Comune (Provincia)	
Codice fiscale o Partita IVA*	
Telefono	
Fax	

### VETERINARIO RICHIEDENTE

Cognome	
Nome	
Indirizzo	
CAP - Comune (Provincia)	
Codice fiscale o Partita IVA*	
Telefono	
Fax	
e-mail	
Timbro e firma	

**Il versamento deve essere eseguito dalla persona alla quale deve essere inviata la fattura relativa alla presente prestazione.**

\*La fattura relativa alla presente prestazione deve essere inviata al:

- PROPRIETARIO
- VETERINARIO RICHIEDENTE