



Druh vyšetrenia

overenie pôvodu _____

dedičné ochorenie _____

vyšetrenie farby/srsti _____

iné vyšetrenie _____

Objednávateľ

Názov organizácie/meno a priezvisko: _____

Ulica _____ číslo _____ Mesto _____ PSČ _____

Tel. číslo _____ e-mail _____

IČO _____ DIČ _____ IČ DPH _____

Meno a priezvisko chovateľa _____

Ulica _____ číslo _____ Mesto _____ PSČ _____

Informácie o testovanom zvierati

Meno zvieratá _____ číslo čipu _____

plemenná kniha _____ číslo zápisu _____

Pohlavie ♂ ♀ Plemeno _____ Dátum narodenia _____ Farba srsti _____

Meno matky _____ číslo čipu _____

plemenná kniha _____ číslo zápisu _____

Plemeno _____ Dátum narodenia _____ Farba srsti _____

Meno otca _____ číslo čipu _____

plemenná kniha _____ číslo zápisu _____

Plemeno _____ Dátum narodenia _____ Farba srsti _____

Meno ďalšieho potencionálneho otca _____ číslo čipu _____

plemenná kniha _____ číslo zápisu _____

Plemeno _____ Dátum narodenia _____ Farba srsti _____

Dátum odberu vzoriek: _____ Podpis zákazníka _____

Objednávateľ podpísom potvrdzuje správnosť hore uvedených údajov a identitu vzorky.
Taktiež súhlasí s použitím osobných údajov laboratóriom Vetgene/Medgene, s.r.o.