

Fecha de recepción : ____/____/____

Nº de certificado : _____

LABORATORIO VETERINARIO CENTRAL DE DIAGNÓSTICO PARASITOLÓGICO FLOTAC

Datos del propietario

Provincia : _____ Distrito : _____ Caserio : _____

Apellidos : _____ Nombres : _____ DNI : _____

Dirección : _____ Remitente : _____

Análisis

Tipo de análisis solicitado : _____

Especie : _____ Nº de muestras : _____ Fecha de entrega : ____/____/____

RESULTADO PARASITOLÓGICO FLOTAC

Grupo Parasitario	Resultado
-------------------	-----------

Jefe de laboratorio

Laboratorista