Направляється в ДНДІЛДВСЕ  
лабораторію приймання та peer  
патологічного матеріалу н/д  
патоморфологічного відділу

Супровідна

на сироватки крові тварин для дослідження на наявність антитіл проти сказу

1. Власник тварини

Прізвище, ім'я (українською і англійською мовою по паспорту )

|  |  |
| --- | --- |
| Адреса (українською і англійською, поштовий індекс, місто, | вулиця, № будинку |
| Контактний телефон |  |
| 2. Опис тварин (українською і англійською мовою по паспорту )  Кличка |  |
| Вид тварини |  |
| Стать |  |
| Порода |  |
| Дата народження |  |
| 3. Ідентифікація тварин  Номер мікрочипу |  |
| Номер татуювання |  |
| 4. Щеплення проти сказу  Виробник та назва вакцини |  |
| Серійний номер |  |
| Дата вакцинації |  |
| 5. Додаткова інформація  Країна в яку вивозиться тварина |  |
| Вид транспорту вивезення тварини |  |
| 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. Прізвище, ім’я по батькові, підпис власника тварини | (уповноваженої |
| власником особи), що засвідчує правильність наданої інформації: | |

Підпис власника Дата

ОПФ ДНДІЛДВСЕ 5.8-02/видання 03/01.07.16 Сторінка