

Demande d'analyses

Génétique CHAT CCG

Code client

5 1 9 1 0

LABOKLIN

LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG
Case postale · 4002 Basel
Tél: 004161 / 319 60 60 Fax 004161 / 319 60 65
Mél: labor.basel@laboklin.ch

Heures d'ouverture : lundi-vendredi: 9h - 17h

Donneur d'ordre - Vétérinaire:
(coordonnées complètes)

Cat club de Genève (CCG)

Présidente Violette JACOUD
· Chemin du Juli-Bois 5
· 1292 Chambésy · Suisse
· Téléphone: +41 (0) 22 758 17 67
· e-mail: ccg@bluewin.ch

Nom du vétérinaire: _____

Date de prélèvement: _____

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessous relatives à l'identité des animaux et à l'origine des prélèvements.

Signature/ cachet du vétérinaire

coursier

Facturation à:

propriétaire

Le propriétaire étant destinataire de la facture, ses adresse complète et signature sont obligatoires (voir ci-contre)

Résultats par:

Eleveur/propriétaire du chat:
(en majuscules, svp)

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

CP, Ville: _____

Téléphone: _____

e-mail: _____

NB:

signataire et destinataire de la facture doivent être identiques.

Signature du propriétaire du chien

e-mail

fax

courrier

 Certificat 9,20 CHF

- 1) Obligation de faire réaliser officiellement le prélèvement par un professionnel indépendant (vétérinaire)
- 2) Vérification et inscription obligatoires de l'identité de l'animal (tatouage, transpondeur, N° d'inscription au livre des origines)
- 3) Pas de certificat pour les tests faits par des laboratoires partenaires; pour l'identification et la parenté: certificat inclus



Par l'emploi de ce formulaire d'analyses, le propriétaire du chat, tout comme le vétérinaire préleveur, reconnaissent le CCG comme donneur d'ordre. Le propriétaire du chat est destinataire du résultat et de la facture et autorise l'envoi d'une copie des résultats au CCG. Les éventuelles analyses complémentaires peuvent être demandées par le propriétaire du chat mais aussi par le CCG. Le respect de ces conditions garantit l'application des tarifs clubs convenus entre le CCG et LABOKLIN.

Mention de la race obligatoire. Merci!

CHAT N° 1: (Ecrire en lettres majuscules, SVP)

Matériel: 0,5-1 ml sang EDTA frottis buccal buvard (avec sang)

Sexe: F M

Nom complet: _____

Date de naissance: _____

Race: _____

Robe: _____

N° d'inscription L.O _____

Tatouage n°: _____

Transpondeur n°: _____

Identification du prélèvement: _____

CHAT N° 2: (Ecrire en lettres majuscules, SVP)

Matériel: 0,5-1 ml sang EDTA frottis buccal buvard (avec sang)

Sexe: F M

Nom complet: _____

Date de naissance: _____

Race: _____

Robe: _____

N° d'inscription L.O _____

Tatouage n°: _____

Transpondeur n°: _____

Identification du prélèvement: _____



000250290012

