



Tu naklej kod kreskowy

**Warszawa**  
tel. 22 349 68 00, 506 368 438  
e-mail: weterynaria@alab.com.pl

**Kraków**  
tel. 501 231 424  
e-mail: weterynariakrakow@alab.com.pl

**Poznań**  
tel. 509 748 633  
e-mail: weterynariapoznan@alab.com.pl

## Skierowanie na badanie poziomu przeciwciał przeciwko wścieklźnie

<i>Dane Lekarza Weterynarii</i>	
<i>Imię i nazwisko: (wraz z pieczętką lekarską)</i>	<i>Pieczętka lecznicy z adresem</i>
<i>Dane właściciela:</i>	<i>Dane pacjenta:</i>
Imię i nazwisko: _____	Imię zwierzęcia: _____ Data urodzenia: _____
Telefon: _____	Płeć: <input type="radio"/> samica <input type="radio"/> samiec
Adres zamieszkania: _____	Gatunek: <input type="radio"/> Pies <input type="radio"/> Kot <input type="radio"/> Inny gatunek
_____	Rasa: _____
	Umaszczenie: _____
	Data pobrania materiału: _____
	Numer identyfikacyjny (mikrochip): _____
	Data odczytu numeru identyfikacyjnego: _____
	Data ostatniego szczepienia przeciwko wścieklźnie: _____
	Nazwa szczepionki: _____ Numer serii: _____

*Ja niżej podpisany potwierdzam zgodność podanych wyżej danych*

Miejscowość	Data	Pieczęć i podpis lekarza

Wniosek proszę wypełniać literami drukowanymi. Dla każdej próbki wypełniany jest oddzielny wniosek.  
ABY BADANIE ZOSTAŁO WYKONANE, NALEŻY WYPEŁNIĆ WNIOSEK, UMIESZCZAJĄC W NIM WSZYSTKIE DANE.