



Druh vyšetrenia

overenie pôvodu _____

dedičné ochorenie _____

vyšetrenie farby/srsti _____

iné vyšetrenie _____

Objednávateľ

Názov organizácie/meno a priezvisko: **Slovenský poľovnícky zväz Klub chovateľov farbiarov**
Ulica **Štefániková 10** Mesto **811 05 Bratislava** IČO **31787461** DIČ **2020771940**
Tel. číslo _____ e-mail **grellneth.peter@gmail.com**

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 podpisom potvrdzuje správnosť hore uvedených údajov a identitu vzorky. Taktiež súhlasí s použitím osobných údajov laboratóriom Vetgene/Medgene, s.r.o. pričom, ďalej súhlasí s použitím a zaslaním kópie výsledného osvedčenia pre účely KCHF.

Potvrdenie veterinárneho lekára o odbere krvnej vzorky v množstve 2-3 ml do skúmavky s roztokom K3EDTA:

Dátum odberu vzoriek: _____ Podpis vet.lekára: _____