

טופס הגשת בדיקה למעבדה-סוסים

שם:	_____	שם בית העסק:	_____
תאריך:	_____		
כתובת:	_____		
טלפון:	_____	פקס:	_____
	_____	Email:	_____

אופן קבלת התשובה: פקס/Email /טלפון/ דואר (סמן את הרצוי)

אנא סמנו את הבדיקות הרצויות

מספר סידורי:	_____		
שם בעלים:	_____	כתובת:	_____
סוג בעל חיים:	_____	מין/גזע בעל חיים:	_____
זיהוי בעל חיים (שבב/שם):	_____		
סימנים קליניים:	_____		

מחלות גנטיות בסוסים

- Hereditary equine regional dermal asthenia (HERDA)

פתוגנים בסוסים

- Theileria equi*
- Babesia Cabali*

סך כל התשלום:	_____	(על פי מחירון עדכני)			
אופן התשלום - צ'ק/התחייבות מס	_____	בבנק:	_____	סניף:	_____
שם בעל הכרטיס:	_____	ת.ז:	_____	טלפון:	_____
מס' ויזה/ישרכרט/אחר:	_____	תוקף:	_____	חתימה:	_____

אנא שלחו _____ ערכות בדיקה

קראתי, הבנתי את הנחיות לקיחת הבדיקה ואני מודע לרגישותה. אני מודע לכך שחברת קרניאלי וט בע"מ לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם כתוצאה מתוצאות הבדיקה במישרין או בעקיפין. תוצאות הבדיקה ישמרו בסודיות על פי מגבלות החוק.

חתימת מזמין השירות: _____



קרניאלי וט בע"מ המרכז לאבחון מולקולרי וטיפול בתאי גזע בבעלי חיים