

DATI PER LA FATTURAZIONE

è sufficiente compilare solo il campo "ragione sociale" se il cliente è già registrato c/o IZSVe.

RAGIONE SOCIALE		INDIRIZZO		
COMUNE	CAP	PROV.	PARTITA IVA	CODICE SDI
CODICE FISCALE		TELEFONO		
E-MAIL		SOGGETTO DESTINATARIO DELL'ESITO <input type="checkbox"/>		

DATI DEL PROPRIETARIO

NOME E COGNOME		INDIRIZZO		
COMUNE	CAP	PROV.	TELEFONO	
E-MAIL		SOGGETTO DESTINATARIO DELL'ESITO <input type="checkbox"/>		

VERBALIZZANTE

NOME E COGNOME		INDIRIZZO		
COMUNE	CAP	PROV.	TELEFONO	
E-MAIL		SOGGETTO DESTINATARIO DELL'ESITO <input type="checkbox"/>		

Modalità di consegna del rapporto di prova se diversa da quella online



www.izsvenezie.it

<input type="checkbox"/> RITIRO PRESSO IL LABORATORIO	<input type="checkbox"/> SPEDIZIONE	<input type="checkbox"/> E-MAIL
---	-------------------------------------	---------------------------------

Pagamento

FATTURAZIONE PERIODICA PagoPA

DATI ANIMALE

SPECIE ANIMALE: <input type="checkbox"/> CANE <input type="checkbox"/> GATTO <input type="checkbox"/> CONIGLIO <input type="checkbox"/> ALTRO:	
RAZZA:	SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F STERILIZZATO: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
COLORE/TIPO MANTELLO:	DATA DI NASCITA/ETA':
MICROCHIP:	NOME:
NOTE:	

TIPO E NUMERO DI CAMPIONI

<input type="checkbox"/> CADAVERE/I N°	<input type="checkbox"/> ORGANI
--	---------------------------------------

DATA DEL DECESSO:

<input type="checkbox"/> DECESSO NATURALE	<input type="checkbox"/> EUTANASIA	<input type="checkbox"/> TRAUMATICO
---	------------------------------------	---

AZIONE LEGALE/CONTENZIOSO: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POSSIBILE

ULTERIORI ESAMI RICHIESTI

Temperatura di ricevimento (da compilare a cura di IZSVe)

TEMPERATURA AMBIENTE REFRIGERATO CONGELATO

