Badanie poziomu przeciwciał przeciwko wściekliźnie
u psów i kotów wywożonych za granicę

Application form for rabies antibody testing in dogs and cats for import

vetlab
POLSKIE LABORATORIA WETERYNARYJNE

Prosimy o korzystanie tylko z niniejszego formularza i wypełnienie go **drukowanymi literami lub maszynowo, bez polskich znaków**. Zgodnie z wymogami krajów docelowych, badaniu mogą zostać poddane tylko próbki z dokładnie wypełnionym formularzem.

*Please use this form only **(complete in block capitals or typewritten without polish characters)**.*
In accordance with regulations of the importing countries sample submission forms have to be completed.

Kod kreskowy / *Barcode*

Am Institut für Virologie
FB Veterinärmedizin
Justus-Liebig-Universität Gießen
Schubertstr. 81
35392 Gießen

Tel.: +49 641 99 38363
Fax.: +49 641 99 38379
diagnostik@vetmed.uni-giessen.de

VIRO VET DIAGNOSTIK GmbH

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle

Wysyłający i płatnik
Sender and payer

Vetlab sp. z o.o.
ul. Wodzisławska 6
52-017 Wrocław
Poland

Phone: 0048 71 722 35 25
info@vetlab.pl
www.vetlab.pl

Kraj docelowy
Destination country

- ◯ Australia / *Australia*
- ◯ Chiny / *China*
- ◯ Guam / *Guam*
- ◯ Hawaje / *Hawaii*
- ◯ UE i pozostałe kraje / *EU and other countries*
- ◯ Kontrola szczepienia (nie do celów podróżnych, badanie niecertyfikowane) / *Vaccination control (not for travel purpose, uncertified test)*

Właściciel
Owner

Imię i nazwisko / *First name and family name* _____

Zwierzę
Animal

Imię / *Name* _____

◯ Pies / *Dog* ◯ Kot / *Cat*

Data urodzenia / *Date of birth* __ - __ - ____

Identyfikacja
Identification

Zwierzęta muszą być prawidłowo oznakowane (mikroczip/tatuaż).
Animals have to be identified unmistakably (microchip/tattoo).

Numer mikroczipu / *Microchip number* _____

Szczepienie przeciwko wściekliźnie
Rabies vaccination

Producent szczepionki / *Vaccine maker* _____

Nazwa szczepionki / *Vaccine name* _____

Numer serii / *Batch number* _____

Data szczepienia / *Date of vaccination* __ - __ - ____

Data pobrania krwi do badania / *Blood sample collection date* __ - __ - ____

Wymagany materiał: 1ml surowicy
Sample material: 1ml serum

Adres, pod którym pobrano materiał
Sample collection address

Ulica, numer domu / *Address* _____

Kod pocztowy / *Post code* _____

Miejscowość, kraj / *Town, Country* _____

Zaświadczam, że powyższe dane są prawidłowe
I hereby confirm the correctness of the details given above.

Data / *Date* __ - __ - ____

Podpis i pieczątka wysyłającego (lekarza weterynarii)
Signature and stamp of sender (veterinarian)

Pieczątka lecznicy
Stamp of pet clinic

Proszę wyraźnie oznaczyć próbkę. *Please label sample tube unequivocally.*
Ten dokument jest ważny tylko z podpisem i pieczątką. *This document is valid only if signed and stamped.*