



Rekvizitionsblanketten udfyldes elektronisk eller med blok bogstaver. Blanketten kan hentes her: www.vetssi.dk/blanket

Prøvemateriale indsendes til: Veterinær Diagnostik, Statens Serum Institut, Artillerivej 5, 2300 København S, Att.: PDC, bygn. 85 (tlf. 3268 8600)

Indsender	
Stempel:	Svar sendes til e-mail adresse(r):
	Mobiltelefon:
Praksisnr.:	CVRnr.:
Autorisationsnr.:	

Hest	Ejer	Svaberprøver
<input type="checkbox"/> Hingst Race: <input type="checkbox"/> Hoppe	Navn:	Udtagelsesdato:
Navn:	Adresse:	<input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Cervix uteri <input type="checkbox"/> Sinus urethralis <input type="checkbox"/> Sinus clitoridis <input type="checkbox"/> Fossa glandis <input type="checkbox"/> Fossa clitoridis <input type="checkbox"/> Præputium
Chipnr./Reg.nr.:		<input type="checkbox"/> Andet:
Adresse på prøvningstidspunkt: <input type="checkbox"/> Samme som ejers		Prøver ønskes undersøgt: <input type="checkbox"/> Som pool <input type="checkbox"/> Enkeltvis

Hest	Ejer	Svaberprøver
<input type="checkbox"/> Hingst Race: <input type="checkbox"/> Hoppe	Navn:	Udtagelsesdato:
Navn:	Adresse:	<input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Cervix uteri <input type="checkbox"/> Sinus urethralis <input type="checkbox"/> Sinus clitoridis <input type="checkbox"/> Fossa glandis <input type="checkbox"/> Fossa clitoridis <input type="checkbox"/> Præputium
Chipnr./Reg.nr.:		<input type="checkbox"/> Andet:
Adresse på prøvningstidspunkt: <input type="checkbox"/> Samme som ejers		Prøver ønskes undersøgt: <input type="checkbox"/> Som pool <input type="checkbox"/> Enkeltvis

Hest	Ejer	Svaberprøver
<input type="checkbox"/> Hingst Race: <input type="checkbox"/> Hoppe	Navn:	Udtagelsesdato:
Navn:	Adresse:	<input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Cervix uteri <input type="checkbox"/> Sinus urethralis <input type="checkbox"/> Sinus clitoridis <input type="checkbox"/> Fossa glandis <input type="checkbox"/> Fossa clitoridis <input type="checkbox"/> Præputium
Chipnr./Reg.nr.:		<input type="checkbox"/> Andet:
Adresse på prøvningstidspunkt: <input type="checkbox"/> Samme som ejers		Prøver ønskes undersøgt: <input type="checkbox"/> Som pool <input type="checkbox"/> Enkeltvis

Dyrlæge	
Dato:	Navn (blok bogstaver):
Underskrift (Jeg har læst og accepterer SSI's salgs- og leveringsbetingelser, som er gældende for bestillingen):	

Forbeholdt laboratoriet		
Modtaget dato:	Modtaget af:	Bemærkninger og sagsnummer: