



**WNIOSEK O OKREŚLENIE POZIOMU
PRZECIWCIAŁ DLA WIRUSA WŚCIEKLIZNY***

Wypełnia Państwowy Instytut Weterynaryjny

Numer PIWet

Data otrzymania

Pieczętka i podpis

DANE LEKARZA WETERYNARII			
Imię i nazwisko	Lecznica/Adres (pieczętka lecznicy)		
IGNACY WIŚNIEWSKI	PIECZĘTKA LECZNICY		
DANE WŁAŚCICIELA			
Imię i nazwisko	JAN KOWALSKI	Telefon	600-600-600
Adres	85-001 BYDGOSZCZ UL. BYDGOSKA 1/1		
PŁATNIK			
Lekarz weterynarii	<input checked="" type="checkbox"/>	Właściciel	<input type="checkbox"/>
PROSZĘ ZAZNACZYĆ W POLU			
DANE O ZWIERZĘCIU			
Imię	TREVOR	Data urodzenia lub wiek	03.03.2011
Gatunek	PIES	Płeć	SAMIEC
Rasa	LABRADOR RETRIEVER		
Umaszczenie	CZARNE		
Numer identyfikacyjny (tatuaż/mikroczip)	012 345 678 901234		
Data odczytu nr identyfikacyjnego	01.12.2022		
Data pobrania próbki krwi	01.12.2022		
Data ostatniego szczepienia przeciwko wściekliźnie	10.10.2022		
Nazwa szczepionki	RAB/5/IV	Nr serii	L 123456

Ja niżej podpisany potwierdzam zgodność podanych wyżej danych

BYDGOSZCZ	01.12.2022	PIECZĘTKA + PODPIS
Miejscowość	Data	Pieczęć i podpis lekarza

*Wniosek proszę wypełniać komputerowo lub literami drukowanymi
Dla każdej próbki(zwierzęcia) wypełniany jest oddzielny wniosek

ABY BADANIE ZOSTAŁO WYKONANE NALEŻY WYPEŁNIĆ WNIOSEK UMIESZCZAJĄC W NIM WSZYSTKIE DANE!!!

Wniosek z załączoną próbką przestać do:

PAŃSTWOWY INSTYTUT WETERYNARYJNY
AL. PARTYZANTÓW 57
24 - 100 PUŁAWY

Faktura za wykonanie badania płatna będzie za
zaliczeniem pocztowym.