

Data e hora de receção / Date and time of reception

Recebido por / Received by

(A preencher pelo INIAV / To be filled by INIAV)

**REQUISIÇÃO PARA TITULAÇÃO DE ANTICORPOS NEUTRALIZANTES ANTI-RÁBICOS EM SOROS DE ANIMAIS
DE COMPANHIA**
REQUEST FOR RABIES NEUTRALIZANTS ANTIBODY TEST INCLUDING PET TRAVEL SCHEME
(Regulation EC No 998/2003)

Usar caracteres maiúsculos se o preenchimento for manual / Use capital letters if filling is manual

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL / IDENTIFICATION OF THE ANIMAL

Espécie / Species

Nome / Name

Raça / Breed

Data de nascimento / Date of birth

Sexo / Sex F M Idade / Age

Nº do microchip ou tatuagem / Microchip or tattoo No

PROPRIETÁRIO / OWNER

Nome e morada / Name and address

Tel.

Email

Data da colheita / Date of sampling

Vacina / Vaccine

Lote / Batch

Data da vacinação / Date of vaccination

País de destino / Destination country

VETERINÁRIO RESPONSÁVEL / VETERINARY SURGEON

Nome e morada / Name and address

Tel.

Email

Faturar em nome de / Invoice to be payed by

Proprietário / Owner Veterinário / Veterinary surgeon Clínica / Veterinary center

Cidadãos da União Europeia / Citizens from European Union

Contribuinte Nº / Taxpayer No

Cidadãos de Países Terceiros / Citizens from Third Countries

Passaporte Nº / Passport No

Carta de condução / Driver's licence No

Nome e morada oficial / Name and official address

Tel.

Email

Assinatura Méd. Vet. / Vet surgeon ' signature

Cédula profissional nº / Professional licence No

Data / Date