

Nº ANÁLISE: \_\_\_\_\_  
DATA E HORA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

Recebido por  
\_\_\_\_\_

**IMPRESSO PARA ENVIO DE AMOSTRAS DE SORO AO LABORATÓRIO PARA DETERMINAÇÃO  
DE ANTICORPOS NEUTRALIZANTES ANTI-RÁBICOS (Regulamento (CE) nº 998/2003**

FORM ON SAMPLES SENT TO THE LABORATORY UNDER THE PET TRAVEL SCHEME (Regulation (EC) nº 998/2003)

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL / IDENTIFICATION OF THE ANIMAL</b>	
Espécie / Species	Raça / Breed
Nome / Name	Sexo / Sex
Idade / Age	Data da colheita / Date of sampling
Data da vacinação / Date of last rabies vaccination	Vacina aplicada / Vaccine make
Número do microchip / Microchip number	País de Destino / Destination Country

<b>PROPRIETÁRIO / OWNER</b>	
Nome / First name	Apelidos / Surname
Morada / Address	
Código Postal / Post code	Localidade / City
Telefone / Telephone number Número de Fax / Fax number	Número de contribuinte / Taxpayer number

<b>MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL / VETERINARY SURGEON</b>	
Nome / Name	Apelidos / Surname
Morada / Address	
Código postal / Post code	Localidade / City
Telefone / Telephone number Número de Fax / Fax number	Número de contribuinte / Taxpayer number
Envio do Boletim de Análise? Preferred reporting method?      Correo/Post <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/>	
Facturar em nome de Invoice to be paid by?      Proprietário/Owner <input type="checkbox"/> Médico Veterinário/Veterinary Surgeon <input type="checkbox"/>	
Assinatura do Médico Veterinário Responsável Signature of submitting veterinary surgeon	Nº Carteira Profissional
	Data / Date