

Alla c.a. Magazzino
Istituto Zooprofilattico Sperimentale
della Lombardia e dell'Emilia Romagna
Via A. Bianchi, 9
25124 BRESCIA

Il sottoscritto medico veterinario Dr. (TIMBRO, n° tel.).....

Richiede la fabbricazione di n°..... dosi di vaccino stabulogeno.....

Adjuvato in :..... , Da somministrarsi per via.....

Da impiegarsi presso ⁽¹⁾

Specie animale di destinazione:

La richiesta del vaccino stabulogeno viene effettuata in base alla:

diagnosi clinica di da me emessa e da comprovati motivi epidemiologici (specificare dettagliatamente):
--

diagnosi di laboratorio di: emessa dalla sezione Diagnostica di dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna a seguito di conferimento di materiale patologico registrato in data, con numero di accettazione

Descrizione materiale conferito:

Con la presente chiedo che la Sezione Diagnostica di provveda a inoltrare tale richiesta presso il Magazzino della sede di Brescia.

Si richiede inoltre che il vaccino sia temporaneamente depositato presso ⁽³⁾:

la Sezione Diagnostica di	Per eventuali comunicazioni ⁽²⁾
Il magazzino centrale della Sede di Brescia.	Nome: tel.....

In Fede.

....., lì.....

⁽¹⁾ Specificare tutti i termini identificativi dell'allevamento: Ragione sociale, partita IVA/ Codice Fiscale, indirizzo completo.

⁽²⁾ Campo obbligatorio