

Bestellformular

Fax: +43 1 23696989

einsendender Tierarzt (Lieferadresse):

Besitzer (Name, Adresse):

Tierart: Schwein Geflügel Rind Schaf/Ziege
 Pferd Hund/ Katze Sonstige _____

Impfstoff: bestandsspezifisch Autovakzine

Impfstoffmenge, gesamt: _____ ml, Abfüllvolumen/Flasche: _____ ml
Darreichungsform entsprechend dem Begleitschreiben

untersuchendes Diagnostiklabor: _____

eingesandte Isolate / Herkunft des Probenmaterials (z.B. Kot):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

oder

alte Auftragsnummer = Chargennummer (bei Nachbestellung): _____

Ich habe die AGB gelesen und akzeptiert.

Datum: _____ Unterschrift: _____
(des einsendenden Tierarztes/Rechnungsempfängers)