

Bestellformular

Fax: +43 1 23696989

einsendender Tierarzt (Lieferadresse):

Besitzer (Name, Adresse):

Adresse nur bei Erstbestellung angeben

Tierart: Schwein Huhn Pute Rind Schaf Ziege
 Pferd Hund Katze Sonstige _____

Impfstoff: bestandsspezifisch Autovakzine: *Name des Tieres* _____
 bakteriell Warzenimpfstoff/Sarkoidimpfstoff

Impfstoffmenge, gesamt: _____ ml *oder* _____ Dosen à _____ ml

Abfüllvolumen/Flasche: _____ ml
Darreichungsform entsprechend dem Begleitschreiben

untersuchendes Diagnostiklabor: _____

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

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

oder

alte Auftragsnummer = Chargennummer (bei Nachbestellung): _____

Ich habe die AGB und die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert.

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