| LABORATÓRIUM TÖLTI KI | KÉRŐLAP | SEQOMICS Állategészségügy |
|---|---|---|
| Minta azonosítója: | (érvényes 2024.08.23-tól) | |
| Dátum: | SZARVASMARHA GENETIKAI TESZTEK | |

## TULAJDONOS ADATAI

Vezetéknév:_____ Keresztnév:_____
Cím: _____
Számlázási cím: _____
Város: _____ Irányítószám: _____ Adószám: _____
Telefon: _____ email[a]: _____

## SZARVASMARHA (MINTA)[b] ADATAI

| SORSZÁM | ENAR SZÁM | SZÜLETÉSI DÁTUM | IVAR | FAJTA | GENETIKAI TESZT / HYPOTRICHOZIS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## NYILATKOZAT[c]

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok megfelelnek a valóságnak. Igazolom továbbá, hogy a minta gyűjtése és jelölése szakszerűen, állatorvos által történt. Tudomásul veszem, hogy az összes vizsgálati eredményt és dokumentációt kizárólagosan csak én kapom meg. Hozzájárulok továbbá, hogy a mintákat biobankolják és későbbi, belső laboratóriumi kutatásokra felhasználják.

Aláírás: _____ Dátum: _____

[a]kérjük, hogy valós e-mail címet adjon meg: az eredmény és a számla díjmentesen kizárólag email-ben, pdf formátumban kerül kiküldésre
[b]kizárólag állatorvos által, EDTA-s csőben levett vérminták fogadása / feldolgozása lehetséges
[c]kizárólag aláírt és dátummal ellátott kérőlapot áll módunkban feldolgozni
A vizsgálatok költségeinek kiszámolásához kérjük tájékozódjon árlistánkról vagy konzultáljon klubjával
Kérjük, hogy a kitöltött megrendelő eredeti példányát a mintával együtt postázza.
A minta postázási címe: SeqOmics Biotechnológia Kft. AH, Vállalkozók útja 7, 6782 Mórahalom, Magyarország
Információkérés az **animalhealth@seqomics.hu** email címen vagy a **+36 30 392 3642** telefonszámon

SEQOMICS Your genome decoded