

Da inviare a: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

detentore degli animali dell'allevamento con CODICE AZIENDALE

I	T				P	N			
---	---	--	--	--	---	---	--	--	--

DENOMINAZIONE ALLEVAMENTO FAMILIARE

Cod. Fisc. _____ Comune _____

Telefono _____ email _____

incarica il Servizio Veterinario della AsFO Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in quanto allevamento familiare, di registrare i seguenti dati nella Banca Dati Nazionale e **RICHIESTE**:

la ristampa delle seguenti **marche auricolari** / **identificativi elettronici** in sostituzione causa smarrimento, da acquistare presso la Ditta autorizzata indicata:

- | | | | |
|-------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |
| _____ | <input type="checkbox"/> princ. | <input type="checkbox"/> second. | <input type="checkbox"/> per capi iscritti a libro genealogico |

Fornitore _____ Tipo marca _____

Da fatturare a:

Ragione Sociale _____ P.IVA/C.F. _____

Indirizzo _____ Comune _____ CAP _____

Da consegnare a:

Denominazione Ricevente _____

Indirizzo _____ Comune _____ CAP _____

N. telefono/cellulare (per avviso contrassegno di pagamento) _____

Luogo _____ Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO VETERINARIO AsFO

Ricevuto in data _____ Timbro e Firma _____

Registrato in data _____ Firma operatore _____