

**RICHIESTA NUOVE MARCHE**

OVI-CAPRINI     SUINI

Da inviare tramite PEC a: [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)

Il sottoscritto: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

detentore degli animali dell'allevamento con CODICE STABILIMENTO 

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

DENOMINAZIONE ALLEVAMENTO \_\_\_\_\_

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 **RICHIEDE**:

a) la fornitura di:

per **OVI-CAPRINI**

marche auricolari	}	Bolo ruminale 20	Bolo ruminale 52 gr.
identificativi elettronici		Bolo ruminale 75	Marca auricolare

id. singoli    partita \*    \* animali che vengono macellati entro i 12 mesi di età

identificativi in KIT

per **SUINI**    transponder per suini NON DPA

N.  **CONVENZIONALI (ovicaprini - suidi)**

Fornitore \_\_\_\_\_ Tipo marca \_\_\_\_\_

b) la fornitura di N.  accessori: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**Prestazione K34.02**

Inviare copia in Sede per fatturazione prestazione.