

Formulario para muestras de ADN de la Especie Canina

CRYOCEL - AVDA. MENENDEZ PELAYO Nº 23 .- 28009 MADRID
TFNO.- 914093600 - WWW.CRYOCEL.COM

PAGO

Por Ingreso o Transferencia bancaria
Cuenta. **Caja Madrid 2038.1917.00 6000135247**
Titular. HOSPITAL VETERINARIO RETIRO
Muy Importante. Indicar en "concepto Prueba de ADN
Enviar por fax el justificante de ingreso o transferencia al teléfono 91 4093600
(los análisis comienzan una vez comunicado el pago)

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre y Apellidos: _____
Dirección: _____
Población: _____ Provincia: _____ CP: _____
N.I.F/ C.I.F: _____ Teléfono/Fax: _____
Email: _____

VETERINARIO QUE TOMA LA MUESTRA

Nombre y Apellidos: _____
Dirección: _____ Población: _____
Provincia: _____ CP: _____ Teléfono/Fax: _____
Email: _____ Nº Colegiado: _____

TIPO DE ANÁLISIS

IDENTIFICACIÓN GENÉTICA PATERNIDAD PREDICCIÓN COLOR DE LA CAPA OTROS

MUESTRAS ENVIADAS

Nº	Nombre	Nº de Chip	Raza	Sexo	Observaciones