**OBJEDNÁVKA PATOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ UHYNULÉHO ZVÍŘETE**

**PLÁTCE VYŠETŘENÍ:**  MAJITEL nebo  VETERINÁRNÍ LÉKAŘ (označte)

Výsledek vyšetření bude zaslán poštou nebo e-mailem plátci.

**MAJITEL ZVÍŘETE:** **ODESÍLAJÍCÍ VETERINÁRNÍ** **LÉKAŘ:**

Jméno: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Jméno: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ulice, č.p.: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Ulice, č.p.: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Obec a PSČ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Obec a PSČ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

IČO: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . IČO: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Email: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Email: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ:**

Stanovení příčiny úhynu / vyšetření určí patolog  Vzteklina  Mykologické

Pitva  Histologické  Bakteriologické  Parazitologické

Jiné:……………………………………..  Virologické  Toxikologické

**Tělo zvířete po provedené pitvě nelze vrátit zpět majiteli.**

**LIKVIDACE TĚLA:** SVÚ Praha – asanace.

Předání kremační službě, kterou zajistí majitel sám. tel:.................................

**DODANÉ ZVÍŘE:** Druh/plemeno zvířete: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . … Pohlaví: . . . . . Věk: . . . . .

**ANAMNÉZA:**

(v případě nedostatku volného místa lze využít druhou stranu objednávky)

Majitel dobrovolně poskytuje tělo zvířete a vzorky tkání k vyšetření do vlastnictví SVÚ Praha.

Souhlasím s podmínkami vyšetření a platbou. ………………………………

Datum a podpis