**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:** [ ] stanoví patolog nebo uveďte konkrétně:

[ ]  Pitva [ ]  Bakteriologické [ ]  Mykologické [ ]  Parazitologické

[ ]  Vzteklina [ ]  Virologické [ ]  Toxikologické [ ]  Histologické

[ ]  Jiné:……………………………………..

**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