

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ ANTIRABICKÝCH PROTILÁTEK

APPLICATION FOR RABIES ANTIBODY TESTING

I. MAJITEL ZVÍŘETE OWNER OF THE ANIMAL

Křestní jméno *First name:*Příjmení *Surname:*Adresa *Address:*PSC *Postcode:*Město *City:*Země *Country:*Telefon *Telephone:*

II. POPIS ZVÍŘETE DESCRIPTION OF THE ANIMAL

Druh *Species:*Datum narození *Date of birth:*Plemeno *Breed:*

Jméno zvířete

Pohlaví *Sex:**Name of the animal:*

III. IDENTIFIKACE ZVÍŘETE IDENTIFICATION OF THE ANIMAL

Číslo mikročipu

Microchip number:

Datum uložení mikročipu

Date of microchipping:

Vytetované číslo

Tatto number:

Datum tetování

Date of tattooing:

IV. OČKOVÁNÍ PROTI VZTEKLINĚ VACCINATION AGAINST RABIES

Datum vakcinace

Date of vaccination:

Platnost do

Valid until:

V. ODESÍLAJÍCÍ VETERINÁRNÍ LÉKAŘ DESPATCHING VETERINARIAN:

Křestní jméno *First name:*Adresa *Address:*PSC *Postcode:*Město *City:*Země *Country:*Telefon *Telephone:*Příjmení *Surname:*

Datum odběru vzorku, podpis a razítko

Date of blood sampling, signature and stamp:

VI. PLÁTCE VYŠETŘENÍ OZNAČTE KŘÍŽKEM (PLÁTCE = PŘÍJEMCE VÝSLEDKU!)

USE THE CROSS, MARK THE PAYER (THE PAYER = RECIPIENT OF THE RESULT!)

Majitel/Owner:

Veterinář/Veterinarian: