

**ZLECENIE WYTWORZENIA  
SZCZEPIONKI AUTOGENICZNEJ  
NR RB.....\_.....****DANE OGÓLNE****ZLECENIODAWCA**

(imię, nazwisko/adres/nr telefonu/e-mail)

**WŁAŚCICIEL**

(imię, nazwisko/adres/nr telefonu/e-mail)

**PŁATNIK**

NIP:

(imię, nazwisko/adres/nr telefonu/e-mail)

**CHARAKTERYSTYKA SZCZEPIONKI AUTOGENICZNEJ**

GATUNEK SZCZEPIONEGO ZWIERZĘCIA: ..... UŻYTKOWOŚĆ: .....

MIEJSCE ZASTOSOWANIA (FERMA / KURNIK): .....

SKŁAD ANTYGENOWY:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Erysipelotrix rhusiopathiae</i>     | <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus</i> .....  |  |
| <input type="checkbox"/> <i>Avibacterium paragallinarum</i>     | <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Ornithobacterium rhinotraheale</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Actinobacillus pleuropneumoniae</i> | <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i>            | <input type="checkbox"/> <i>Trupearella pyogenes</i>           |
| <input type="checkbox"/> <i>Bordetella</i> .....                | <input type="checkbox"/> <i>Gallibacterium anatis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Riemerella anatipestifer</i>       |
| <input type="checkbox"/> <i>Brachyspira</i> .....               | <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma</i> .....      | <input type="checkbox"/> <i>FAdV</i>                           |
| <input type="checkbox"/> <i>Clostridium perfringens</i>         | <input type="checkbox"/> <i>Pasteurella multocida</i> | <input type="checkbox"/> <i>ARV</i>                            |
| <input type="checkbox"/> <i>Enterococcus</i> .....              | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus</i> .....   | <input type="checkbox"/> <i>inny</i> .....                     |

PROSZĘ O ZASTOSOWANIE SZCZEPÓW Z BADANIA NR: .....

ADIUWANT:  olejowy,  polimerowy,  wodorotlenek glinu

LICZBA DAWEK: ..... WIELKOŚĆ DAWKI (ml): .....

KONFEKCJONOWANIE:  500 ml,  100 ml,  50 ml,**DOSTAWA**

OCZEKIWANY TERMIN DOSTAWY: .....

SPOSÓB DOSTAWY:  kurier  odbiór osobistyMIEJSCE DOSTAWY:  gabinet  inny adres:\_\_\_\_\_  
PODPIS ZLECAJĄCEGO / PRZEDSTAWICIELA  
ZLECAJĄCEGO**USTALENIA LABORATORIUM**

USTALONY TERMIN WYSYŁKI: .....

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA Z DNIA, PODPIS: .....

\_\_\_\_\_  
DATA, PODPIS OSOBY  
DOKONUJĄCEJ PRZEGLĄDU ZLECENIA