

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ ANTIRABICKÝCH PROTILÁTEK
APPLICATION FOR RABIES ANTIBODY TESTING

I. MAJITEL ZVÍŘETE *OWNER OF THE ANIMAL*

Křestní jméno <i>First name:</i>	Příjmení <i>Surname:</i>
Ulice <i>Street:</i>	
Město <i>Town:</i>	
PSČ <i>Post code:</i>	
Země <i>Country:</i>	Tel.:
IČO <i>Company ID.:</i>	E-mail:

II. POPIS ZVÍŘETE *DESCRIPTION OF THE ANIMAL*

Druh <i>Species:</i>	Datum narození <i>Date of birth:</i>
Plemeno <i>Breed:</i>	Jméno zvířete
Pohlaví <i>Sex:</i>	<i>Name of the animal:</i>

III. IDENTIFIKACE ZVÍŘETE *IDENTIFICATION OF THE ANIMAL*

Číslo mikročipu <i>Microchip number:</i>	Datum uložení mikročipu <i>Date of microchipping:</i>
Vytetované číslo <i>Tatto number:</i>	Datum tetování <i>Date of tattooing:</i>

IV. OČKOVÁNÍ PROTI VZTEKLINĚ *VACCINATION AGAINST RABIES*

Datum vakcinace <i>Date of vaccination:</i>	Platnost do <i>Valid until:</i>
---	---

V. ODESÍLAJÍCÍ VETERINÁRNÍ LÉKAŘ *DESPATCHING VETERINARIAN*

Křestní jméno <i>First name:</i>	Příjmení <i>Surname:</i>
Adresa <i>Street:</i>	Podpis a razítko
PSČ <i>Post code:</i>	<i>Signature and stamp:</i>
Město <i>Town:</i>	
Země <i>Country:</i>	
Tel:	
E-mail:	
IČO <i>Company ID.:</i>	

VI. VZOREK *SAMPLE*

Datum odběru vorku
Date of blood sampling