



KIT IMMUNITE

Fiche commémorative

Je soussigné,

Dénomination : -----

Lieu-dit : ----- CP :-----

Commune : -----

Tél : -----

Portable : -----

Fax : -----

E.mail : -----

Vétérinaire Sanitaire traitant :

CV de -----

Dr -----

Code véto -----

N° de cheptel : -----

Motivation de l'exploration :

.....
.....

Conditions d'accès

- Etre adhérent au G.D.S. 03 et à jour de cotisation.
- Les frais d'analyse sont remboursés à 100% sur envoi de la facture acquittée et cette fiche.

Pièces à fournir :

- ➔ Résultats des analyses effectuées (rapports d'analyse)
- ➔ Factures des analyses (envoyées par le Laboratoire)
- ➔ Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Tout dossier jugé incomplet sera retourné directement à son expéditeur.

Fait à, le

Je soussigné, Mr, certifie avoir pris connaissance des conditions d'accès, et certifie exacte la présente déclaration.

Signature de l'éleveur

Je soussigné, Docteur, certifie exacte la présente déclaration.

Signature du vétérinaire