

Štátna veterinárna a potravinová správa Slovenskej republiky

Žiadanka o laboratórne vyšetrenie diviacej zveri

Číslo žiadanky: dátum odberu: hod. odberu: určené do: VU Zvolen

RVPS: Prešov tel.: 051/749 3650 fax: 051/749 3651 e-mail.: Riaditel.PO@svps.sk

Odosielať vzorky: RVPS UVL SVL iný: Prešov č. osvedčenia/preukazu:

Meno: tel: fax: e-mail.:

Spôsob platby: VPO RVPS Prešov majiteľ iné:

<p>Číslo ident. značky:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">séria</th> <th style="width: 25%;">kód okresu</th> <th style="width: 50%;">číslo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Materiál: <input type="radio"/> diviaca veková <input type="radio"/> lanštiak kategória <input type="radio"/> dospelý diviak</p> <p>Pohlavie: <input type="radio"/> samec <input type="radio"/> samica</p> <p>stav dňa (dátum):</p> <p><input checked="" type="radio"/> ulovený bez zmien správania <input type="radio"/> ulovený so zmenami správania <input checked="" type="radio"/> uhynutý, nájdený <input type="radio"/> živý</p> <p>Zaslané orgány:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> mandle</td> <td><input type="checkbox"/> oblička</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> slezina</td> <td><input type="checkbox"/> rúrovitá kosť</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> zrazenina</td> <td><input type="checkbox"/> bráničný pilier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> lymf. uzliny</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> iné.....</td> <td></td> </tr> </table> <p>Požadované vyšetrenie: <input checked="" type="checkbox"/> KMO <input checked="" type="checkbox"/> AMO <input type="checkbox"/> trichinelóza <input type="checkbox"/> iné:</p>	séria	kód okresu	číslo				<input type="checkbox"/> mandle	<input type="checkbox"/> oblička	<input type="checkbox"/> slezina	<input type="checkbox"/> rúrovitá kosť	<input type="checkbox"/> zrazenina	<input type="checkbox"/> bráničný pilier	<input type="checkbox"/> lymf. uzliny		<input type="checkbox"/> iné.....		<p>Majiteľ <input type="radio"/> fyzická <input checked="" type="radio"/> právnická osoba</p> <p>PZ Delňa</p> <p>adresa: Teriakovce</p> <p>PSČ: 080 05 Teriakovce okres: PO</p> <p>IČO: 3 1 3 0 0 9 1 0 _</p> <p>Poľovný revír:</p> <p>ÚTJ názov:</p> <p>okres: PO</p> <p>katastrálne územie – č:</p> <p>poľovný hospodár: Demčák Ján</p> <p>strelec (iný):</p> <p>vzorku odobral:</p> <p>Výsledok zašlite:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RVPS Prešov <input type="text"/> <input type="checkbox"/> KVL-VL</p> <p><input type="checkbox"/> ŠVPS SR <input type="checkbox"/> majiteľ</p> <p><input type="checkbox"/> SVL</p> <p><input type="checkbox"/> iné:</p>
séria	kód okresu	číslo															
<input type="checkbox"/> mandle	<input type="checkbox"/> oblička																
<input type="checkbox"/> slezina	<input type="checkbox"/> rúrovitá kosť																
<input type="checkbox"/> zrazenina	<input type="checkbox"/> bráničný pilier																
<input type="checkbox"/> lymf. uzliny																	
<input type="checkbox"/> iné.....																	
<p>Potvrdenie majiteľa: Súhlasím s rozsahom vyšetrenia a uhradím náklady: cena stanovená dohodou</p> <p>účtujte: <input type="radio"/> poštovou poukážkou <input type="radio"/> faktúrou <input type="radio"/> iné:</p>																	
<p>Vyplní laboratórne pracovisko: dátum prijatia: čas prijatia: stav zásielky :</p> <p>spôsob doručenia: <input type="radio"/> zvoznou linkou <input type="radio"/> poslom <input type="radio"/> poštou <input type="radio"/> iný:</p>																	

Poznámky: Žiadanka sa vystavuje osobitne pre vzorky z jedného diviaka; zaškrtnúť vhodné; vybrať iba jedno

v Prešove dňa