



ASSOCIAÇÃO DOBERMANN DE PORTUGAL

Requisição para Testes

| | |
|--------------------------------|----------|
| Identificação do Proprietário: | |
| Nome: | |
| Morada: | |
| Código Postal: | Nº Sócio |
| Telefone: | Fax: |
| e-mail: | |
| Assinatura: | Data: |

| | | |
|------------------------------|------|------------|
| Identificação do Exemplar: * | | |
| Nome: | | |
| L.O.P.: | Dn.: | Microchip: |

*** Anexar cópia de Pedigree**

Assinale no quadro abaixo com um (X) os teste pretendidos.

| | Hospital | | Faculdade | | CTM | |
|--------------------------|----------------------|--|-----------------------|--|--|--|
| | Veterinário do Porto | | Veterinária de Lisboa | | Laboratório Nacional de Investigação Veterinária | |
| Cardiomiopatia | | | | | | |
| CVI | | | | | | |
| Displasia Coxo - Femural | ** | | | | | |
| Taras Oculares | | | | | | |
| Tiróide | | | | | | |
| DNA | | | | | | |

****** Pré-pago, deverá acompanhar a requisição cheque no valor de 60.00€

| | |
|--------------------------------------|---|
| (A preencher pela secretaria da ADP) | |
| Data de entrada: _____ / ____ / ____ | Data da realização dos teste: _____ / ____ / ____ |
| Secretaria da ADP: | Data: _____ / ____ / ____ |