



SOLICITUD DE NECROPSIA



Hospital Clínico Veterinario de Cáceres
Servicio de Recepción y Diagnóstico de Muestras Biológicas.
Avda. Universidad s/n 10003 Cáceres.
Tlf: 619860871 / 927257172; Fax: 927257102

DATOS DEL VETERINARIO

Nombre/Razón Social:

NIF/CIF:

Dirección:

CP:

Población:

Provincia:

E-mail:

Teléfono:

CLIENTE

DATOS DEL ANIMAL

Propietario/Explotación:

Identificación del animal:

Especie/Raza:

Edad:

Sexo:

M

H

Fecha de muerte:

Eutanasia:

SI

NO

Historia clínica *(Tipo de explotación, vacunaciones, desparasitaciones, alimentación, número de animales afectados, sintomatología, duración del proceso, tratamiento, etc.):*

NECROPSIA