



SOLICITUD DE ANÁLISIS DE MUESTRAS



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 (se usarán para facturación)

Nombre/Razón Social:

NIF/CIF:

Dirección:

Población:

E-mail:

CP:

Provincia:

Teléfono:

CLIENTE

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre/Explotación:

Teléfono:

PROPIETARIO

Fecha de recogida:

Tipo de muestra:

Especie animal:

Número de muestras enviadas:

Identificación de las muestras:

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

MUESTRA

ANÁLISIS SOLICITADO (consultar disponibilidad previo envío)