

AVEYRON LABO

Santé animale – Génomique – Agro alimentaire – Eau Environnement
195 rue des Artisans – Parc d'activités de Bel-Air – BP 3118 - 12031 Rodez Cedex 9
Tel : +33(0)5.65.76.51.30 - Courriel : serviceclients@aveyron-labo.fr – Site Web : www.aveyron-labo.com
SIRET : 487 441 842 00019 – TVA : FR01 487 441 842 – GIP au capital de 265 000 €

Date réception
Mode acheminement

Prélèvement des animaux pour contrôle de filiation

Identification du demandeur OU organisme conventionné

Nom / Raison sociale : _____

Tél : _____

Mail : _____

Code Labo Diplabo : _____

Adresse : _____
À remplir si le demandeur n'est pas le détenteur

Code postal : _____ Ville : _____

Référence de la convention : _____

Destinataire de la facture

Détenteur Demandeur

Autre : _____

Destinataire des résultats

Détenteur Demandeur

Autre : _____

Détenteur de l'animal

N° d'exploitation : _____

Nom / Raison sociale : _____

Tél : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Mail : _____

Animal : _____ M F Jumeau : Oui Non

Code pays Numéro animal (IPG)

Sang

Poils

Cartilage

Autre : _____

Coller ici l'étiquette de l'échantillon

Nom : _____ Date de naissance : _____

Race : _____

Connu :

SNP

MICROSATellites

Animal reprélevable

Mère* : _____

Code pays Numéro animal (IPG)

Sang

Poils

Cartilage

Autre : _____

Coller ici l'étiquette de l'échantillon

Nom : _____ Date de naissance : _____

Race : _____

Connu :

SNP

MICROSATellites

Animal reprélevable

Père* : _____

Code pays Numéro animal (IPG)

Sang

Poils

Cartilage

Autre : _____

Coller ici l'étiquette de l'échantillon

Nom : _____ Date de naissance : _____

Race : _____

Connu :

SNP

MICROSATellites

Animal reprélevable

* ne pas préciser pour la recherche du Mh

Je soussigné(e), _____ Habilitation n° |__|__|__|__|

Certifie avoir vérifié l'identification du ou des animaux prélevés et l'exactitude des informations portées sur ce document.

Prélevé(s) le ___/___/___ à _____

Signature Préleveur/se :

Prestations demandées

Identification génétique SNP MICROSATellites

Gène sans corne Celtique

Mh 9 marqueurs

Conservation échantillon (Collection) Autres : _____

SHGC Uniquement sur Sang et Poils

Mh 7 marqueurs

Ataxie

Mh 1 marqueur : _____

Vérification de compatibilité génétique (contrôle de filiation) N° test SIG : |__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|

Code organisme

Numéro de test

SNP MICROSATellites

Avec les parents prélevés, ou

Avec les parents certifiés enregistrés dans le SIG, ou

Avec la mère : _____ Avec le père : _____

Contact

Personne à contacter pour tout renseignement : _____ Tél : _____

Observations :

Fait le ___/___/___ à _____ Signature du/de la demandeur/se :

La signature de la présente demande d'analyse atteste de l'acceptation des Conditions Générales de Vente et, dans le cas où une adresse mail est renseignée, des conditions d'usage indiquées dans la Convention de Preuve. Ces documents sont disponibles à la demande (serviceclients@aveyron-labo.fr) ou sur www.aveyron-labo.com.