

Numéro du tube*

--	--	--	--	--	--

Placer le tube dans un sachet hermétique adapté au transport d'un prélèvement sanguin

Cadre réservé à ANTAGENE

Rubriques obligatoires*

1 - FACTURATION*

- Propriétaire
- Vétérinaire
- Autre : _____
Prénom & NOM/Raison sociale à préciser

2 - PAIEMENT*

- Carte bancaire
- Déjà réglé
- Règlement à réception de facture
- Chèque (à l'ordre d'ANTAGENE)
À joindre au prélèvement
- Virement

3 - TRANSPORT*

- Envoi Express (ex. Chronopost)
- Courrier standard

4 - ANIMAL L'ADN extrait à partir de ce prélèvement pourra être utilisé à des fins de recherche

Race* _____ Mâle* Femelle*

Nom d'usage _____ Date de naissance

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Nom officiel* _____ SIRE Français _____

N° transpondeur*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 SIRE Étranger _____

5 - TEST(S) GÉNÉTIQUE(S) DEMANDÉ(S) Tarifs valables jusqu'au 31/12/2021

45€^{TTC} **Identification génétique (typage ADN)**

10€^{TTC} **Contrôle de filiation** Le(s) propriétaire(s) des parents doivent autoriser l'utilisation de l'empreinte génétique de leurs animaux pour effectuer un contrôle de filiation.

MÈRE	Nom _____	Race _____	Date naiss. <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A					
	J	J	M	M	A	A								
N° transpondeur <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													SIRE Français _____	SIRE Étranger _____

PÈRE	Nom _____	Race _____	Date naiss. <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A					
	J	J	M	M	A	A								
N° transpondeur <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													SIRE Français _____	SIRE Étranger _____

75€^{TTC} **Atrophie Cérébelleuse (CA)**

75€^{TTC} **Epidermolyse Bulleuse Jonctionnelle (JEB1)**

75€^{TTC} **Hyperthermie Maligne (MH)**

75€^{TTC} **Immunodéficience Sévère Combinée (SCID)**

75€^{TTC} **Syndrome Létal du Poulain Blanc (LWO)**

75€^{TTC} **Dilution (CRÈME)**

75€^{TTC} **Facteur Alezan (EXTENSION)**

75€^{TTC} **Facteur Bai/Noir (AGOUTI)**

5€^{TTC} **Option Papier** (résultats envoyés par courrier postal au détenteur/propriétaire) **Prélèvement pour la recherche** (sans résultats)

6 - DÉTENTEUR/PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL

M. Mme M./Mme Prénom(s) & NOM(S)* _____

Raison sociale _____

Email* _____ Téléphone* _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

J'accepte de transférer les résultats de ce cheval au club : _____

Signature du détenteur/propriétaire*
Le signataire atteste posséder l'animal et accepte les CGV (voir www.antagene.com)

7 - PRÉLEVEUR L'authentification du prélèvement par un tiers habilité est OBLIGATOIRE pour une reconnaissance officielle du résultat

Prénom & NOM* _____ N° Ordre/agrément* _____

Email* _____ Profession* _____

Adresse _____ Téléphone* _____

Le préleveur certifie qu'il réalise lui-même le prélèvement après avoir vérifié le n° d'identification de l'animal et qu'il expédie le prélèvement au laboratoire sous sa responsabilité. Le préleveur accepte les Conditions Générales de Vente (www.antagene.com rubrique Commander/Documents).

Tampon

Date du prélèvement*

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Signature du préleveur*
Obligatoire pour une reconnaissance officielle du résultat