

AUTOVACCIN

CONTRE (PROCESSUS OU AGENTS PATHOGÈNES)	ESPÈCE ANIMALE	NOMBRE DE DOSES	DATE DE LA DEMANDE

DONNÉES DE L'ÉLEVAGE

NOM DE L'ÉLEVAGE	N° EDE	ADRESSE
	<i>N° Établissement départemental de l'élevage</i>	<i>Veuillez indiquer l'adresse de l'exploitation agricole où l'autovaccin doit être administré.</i>
EXPLOITANT	N° SIRET	

ADRESSE D'EXPÉDITION DE L'AUTOVACCIN

NOM	PERSONNE DE CONTACT	ADRESSE
E-MAIL	TÉLÉPHONE	

INVOICING DATA

NOM	CIF / NUMÉRO FISCAL	E-MAIL	ADRESSE
MODE DE PAIEMENT: PRÉLÈVEMENT BANCAIRE À CAIXABANK S.A. CICB/IBAN ES7221001931740200093816 BIC/SWIFT: CAIXESBXXX			

INVOICING DATA

NOM	N° D'INSCRIPTION À L'ORDRE VÉTÉRINAIRE	ADRESSE
E-MAIL	TÉLÉPHONE	

Cet autovaccin est prescrit parce qu'aucun vaccin enregistré n'est disponible pour cette espèce animale et cette indication, ou parce que ceux enregistrés n'ont pas été suffisamment efficaces. Il n'est pas destiné au contrôle d'une maladie soumise à un programme officiel de contrôle.

SIGNATURE