



**Genindexe**

La génétique à votre service

**FAUNE SAUVAGE  
(AFVPZ)  
Détenteur de l'animal**

**FICHE DE PRELEVEMENT et BON DE COMMANDE**  
A compléter et à joindre obligatoirement aux prélèvements

NUMERO DE DEVIS \_\_\_\_\_

PROPRIETAIRE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ PAYS \_\_\_\_\_

TELEPHONE ... \_\_\_\_\_ E-MAIL .....@.....

Fax ... \_\_\_\_\_

En signant le présent document, j'accepte les conditions générales de vente pleinement et sans réserve et je commande les prestations signalées.

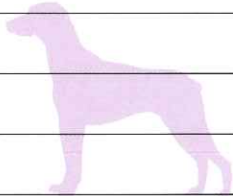

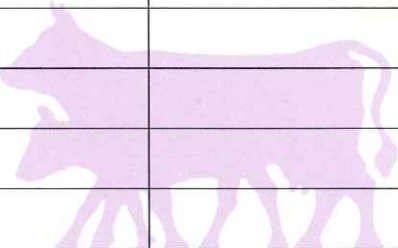
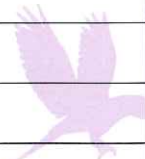
Fait à : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signature obligatoire

**Identification des Prélèvements :**

ESPECE : \_\_\_\_\_

NATURE DU PRELEVEMENT : \_\_\_\_\_

**Prélèvements**

Prélèvement	MATRICULE IDENTIFICATION DE L'ANIMAL	Cochez la case correspondant au(x) test(s) souhaité(s)			Autre (précisez svp)
		Identification ↓	Filiation ↓	Consanguinité ↓	
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je certifie l'exactitude des informations portées sur le bon de commande et reconnais avoir pris connaissance et accepté dans toute leur teneur les conditions générales de vente. Conformément à la loi « informatiques et libertés » du 06/01/78, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de Genindexe pour toutes les informations recueillies dans le cadre de la présente souscription.

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du préleveur

\_\_\_\_\_