

Détenteur de l'animal



**ATTENTION
NOUVELLE ADRESSE**

Genindexe, 6 rue des

sports,

CS30345

17000 La Rochelle Cedex 1

E/089
Edition F
du 06/01/2010

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

NOM _____ PRENOM _____

ELEVAGE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____ PAYS _____

TELEPHONE ... _____ E-MAIL@.....

Fax ... _____

□ Je souhaite recevoir une facture

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

REGLEMENT A JOINDRE

□ Je désire recevoir nouveaux kits de prélèvements.

TARIFS

Sexage ADN, certificat papier (de 1 à 4 éch.) : **17,50 € TTC** x=.....

Sexage ADN, certificat papier (de 5 à 9 éch.) : **16,00 € TTC** x=.....

Sexage ADN, certificat papier (plus de 10 éch.) : **15,00 € TTC** x=.....

Rédition de certificat.....5,00 €

Par Echantillon

Sexage ADN, certificat uniquement par email (de 1 à 4 éch.) : **16,50 € TTC** x=.....

Sexage ADN, certificat uniquement par email (de 5 à 9 éch.) : **15,00 € TTC** x=.....

Sexage ADN, certificat uniquement par email (plus de 10 éch.) : **14,00 € TTC** x=.....

Pour bénéficier du tarif Internet, vous devez OBLIGATOIREMENT inscrire votre adresse email de manière lisible.

Sans votre adresse email et si vous choisissez le tarif Internet, les résultats seront disponibles uniquement par téléphone.

PBFD (Plumes ou sang)27,00 €

PBFD (en sang ET plumes)52,00€

PBFD (chiffonnette)32,00 €

PBFD (Sang ou plume) + Sexage ADN :40,00€

Chlamydoïse (écouillon cloacal)27,00 €

Herpesvirus (écouillon cloacal ou sang).....30,00 €

PVA (Polyomavirus) (sang en priorité ou écouillon cloacal)

.....30,00 €

PsAV (Adénovirus) (sang ou écouillon cloacal)

.....30,00 €

Résultat dépistage(s) papier envoyé par voie postale3 € par dossier (Plusieurs dépistages simultanés)

PRELEVEMENT	MATRICULE IDENTIFICATION DE L'ANIMAL	ESPECE (Nom Latin)	Cochez la case correspondant au(x) test(s) souhaité(s)					
			Sexage ↓	PBFD ↓	PVA ↓	Chlam ↓	Herpès virus ↓	Adénovirus ↓
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie l'exactitude des informations portées au bulletin de souscription et reconnaiss avoir pris connaissance et accepté dans toute leur teneur le Contrat de Service, les descriptifs et tarifs des offres. 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 et transmises dans le cadre de la présente souscription. Genindexe se réserve le droit de communiquer lesdites informations à des tiers et à utiliser mon adresse électronique afin de faire de la promotion de services ou de ses partenaires, sauf opposition de ma part adressée à : Genindexe, Rue Des Sports, 17000, LA ROCHELLE

Fait à : Date :

Nom : Prénom :

Signature obligatoire du préleveur