

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 =
Réédition de certificat.....5,00 €

TARIFS INTERNET

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 disponible uniquement par téléphone.

PBFD (Plumes ou sang) 27,00 €

PBFD (chiffonnette) 32,00 €

Chlamydirose (écouvillon cloacal) 27,00 €

PVA (Polyomavirose) (sang en priorité ou écouvillon cloacal) 30,00 €

PsAV (Adénovirus) (sang ou écouvillon cloacal) 30,00 €

PBFD (en sang ET plumes) 52,00€

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

Herpesvirus (écouvillon cloacal ou sang) 30,00 €

☐ **Résultat dépistage(s) papier envoyé par voie postale 3 € 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 reconnais 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

Laboratoire Genindexe, SAS au capital de 143 500 € - 438 537 763 RCS La Rochelle - Code APE 731 Z - N°TVA FR70438537763

6, rue des Sports - 17000 La Rochelle - France - Tél. : +33 (0)5 46 30 69 66 - Fax : +33 (0)5 46 30 69 68

Mail : contact@genindexe.com - Site : www.genindexe.com