

ACCETTAZIONE N°: _____

DATI ACCETTAZIONE (a cura di Vallerana)

Data conferimento: CR, ___ / ___ / ___ Ora: _____ Accettazione effettuata da: _____

Conferitore: _____ Temperatura all'arrivo: _____ t. ambiente**DATI FATTURAZIONE**

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Comune _____ CAP _____ PROV. _____

P.IVA _____ C.F. _____

Recapito telefonico _____ Fax _____

E-mail _____

DATI CAMPIONE/CAMPIONAMENTO CARCASSE n. _____ SANGUE n. _____ SOVRASC.n. _____ ANIMALI VIVI n. _____ UOVA n. _____ FECI n. _____ ORGANI n. _____ _____ _____ TAMPONI AMBIENTALI n. _____ TRACHEALI n. _____ FECALI n. _____ _____

SPECIE:

TIPOLOGIA PRODUTTIVA:

STABULAZIONE:

NOTE:

 pollo da carne lettiera

CAPANNONE:

 anatra ovaiole gabbia

 tacchino riproduttori free range

 fagiano rurali

RAZZA:

 quaglia _____

 starna _____

ETÀ

 oca

 faraona giorni sett. mesi _____

DATA ACCASAMENTO:

OPERATORE CAMPIONAMENTO: _____ DATA: ___ / ___ / ___

COD. AZIENDALE/CENTRO IMBALLO _____

LUOGO DI PRELIEVO (COME FATTURAZIONE): _____

PUNTO PRELIEVO _____

ANAMNESI: _____

NOTE: _____

ESAMI RICHIESTI:

ANALISI ACCREDITATE	
<input type="checkbox"/> SALMONELLA SPP (UNI EN ISO 6579:2020) – settore primario	
<input type="checkbox"/> IDENTIFICAZIONE DI CEPPI SALMONELLA ENTERITIDIS, SALMONELLA INFANTIS, SALMONELLA TYPHIMURIUM E SUA VARIANTE MONOFASICA (PRESENZA/ASSENZA) (ISO/TR 6579-3:2014)	
ANALISI NON ACCREDITATE	
<input type="checkbox"/> E.A.P.	<input type="checkbox"/> ES. BATTERIOLOGICO
<input type="checkbox"/> PARASSITOLOGICO	<input type="checkbox"/> SALMONELLA SPP (esame colturale da organi)
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
ELISA	PCR
<input type="checkbox"/> Anemia Inf. (CAV)	<input type="checkbox"/> Inflienza aviare A.
<input type="checkbox"/> Egg Drop Syndrome (EDS)	<input type="checkbox"/> Myc. Gallisepticum (MG) <input type="checkbox"/> 6/85 <input type="checkbox"/> TS-11
<input type="checkbox"/> Mal. di Gumboro (IBD)	<input type="checkbox"/> Marek Rispons Diva
<input type="checkbox"/> Encefalomielite Aviare (AE)	<input type="checkbox"/> Metapneumovirus aviare A&B (ART)
<input type="checkbox"/> Rinotracheite Aviare (ART)	<input type="checkbox"/> Myc. Synoviae (MS)
<input type="checkbox"/> Myc. Gallisepticum (MG)	<input type="checkbox"/> Myc. Synoviae vacc. (MS.H)
<input type="checkbox"/> Bronchite Infettiva (IBV)	<input type="checkbox"/> Salmonella spp
<input type="checkbox"/> Myc. Synoviae (MS)	<input type="checkbox"/> Sal. Enteritidis (SE)
<input type="checkbox"/> Mal. di Newcastle (NDV)	<input type="checkbox"/> Myc. Gall./Syn. (MG-MS)
<input type="checkbox"/> Myc. Gall./Syn. (MG-MS)	<input type="checkbox"/> Bronchite Infettiva (IBV) <input type="checkbox"/> 793/b <input type="checkbox"/> QX <input type="checkbox"/> M41 <input type="checkbox"/> Q1 <input type="checkbox"/> IB-80
<input type="checkbox"/> Reovirus Aviare. (REO)	<input type="checkbox"/> Sal. gruppo D (SE)
<input type="checkbox"/> Sal. gruppo D (SE)	<input type="checkbox"/> Sal. Tiphymurium (ST)
<input type="checkbox"/> Laringotracheite (LT)	<input type="checkbox"/> Sal. gruppo B (ST)
<input type="checkbox"/> Sal. gruppo B (ST)	<input type="checkbox"/> Laringotracheite (LT)
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sal. Infantis
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
ANALISI SUBAPPALTATE	
<input type="checkbox"/> ESAME ISTOLOGICO	
<input type="checkbox"/> ESAME VIROLOGICO	
<input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM BOTULINUM (PCR)	
<input type="checkbox"/> H.I:	
<input type="checkbox"/>	

Prelievo eseguito in conformità al documento "Note Informative Campionamento" in vigore e consultabile sul sito www.vallerana.com
Accettazione delle Condizioni Generali di Fornitura in vigore e consultabili sul sito www.vallerana.com

Firma Richiedente _____