

Auftraggeber

Abweichende Rechnungsadresse

Name

Firma/Institut

Tel. & Fax-Nr.

Strasse & Nr.

PLZ & Ort

Serum inaktiviert: Nein / Ja

Serum verdünnt: Nein / Ja

Verdünnung 1: ___

Antigennr.:		1	3	4	5	6	7	8	9	10	11 a	11 b	12	13	14	16	17	18	22	23	24 a	24 b	25	26	30	32	33		
Tierart	Probennummer/ Bezeichnung	MHV	Reovirus Typ 3	TMEV	PVM	Sendaivirus	MVM	MPV	Ektromelievirus	LCMV	Adenovirus K87	Adenovirus FL	Polyomavirus	MCMV	MTV	Rotavirus	LDV	Hantaviren	P. pneumotropica	C. piliforme	M. pulmonis	M. arthritis	T. gondii	E. cuniculi	MNV	K Virus	CAR bacillus		
Maus																													

Datum:

Unterschrift: