

**Auftraggeber**

**Abweichende Rechnungsadresse**

Name

Firma/Institut

Tel. & Fax-Nr.

Strasse & Nr.

PLZ & Ort

Serum inaktiviert: Nein  / Ja

Serum verdünnt: Nein  / Ja

Verdünnung 1:\_\_\_

Antigennr.:		2	3	4	5	6	11 a	11 b	18	19	20	20 a	20 b	22 a	23	24 a	24 b	25	26	33	34	35							
Tierart	Probennummer/ Bezeichnung	SDAV/RCV	Reovirus Typ 3	Rat theilovirus	PVM	Sendaivirus	Adenovirus K87	Adenovirus FL	Hantaviren	KRV	Toolan H1 Virus	RPV	RMV	R. pneumotropicus	C. piliforme	M. pulmonis	M. arthritidis	T. gondii	E. cuniculi	F. rodentium	P. carinii	RCMV							
Ratte																													

Datum:

Unterschrift: