

Täytä koneella tai selvästi tekstaten.

Saapumispäivä Dnro

1 YHTEYSTIEDOT

Omistaja Nimi	Puhelin:
	Yrityksen Y-tunnus:
Postiosoite	
Haluan, että tutkimustodistus lähetetään tähän sähköpostiosoitteeseen. Muutoin se lähetetään postitse. Sähköpostiosoite:	

Tutkimuksen tilaaja (ellei omistaja) <input type="checkbox"/> eläinlääkäri <input type="checkbox"/> muu:	<input type="checkbox"/> on näytteenottaja
Virka-asema	
Nimi	Puhelin
Postiosoite	
Haluan, että tutkimustodistus lähetetään tähän sähköpostiosoitteeseen. Muutoin se lähetetään postitse. Sähköpostiosoite:	

Näytteenottaja tai muu yhteyshenkilö <input type="checkbox"/> valtuutettu tarkastaja, ottanut näytteet tilaajan pyynnöstä <input type="checkbox"/> muu:	
Nimi	Puhelin
Postiosoite	
<input type="checkbox"/> haluaa kopion tutkimustodistuksesta	
Haluan, että tutkimustodistus lähetetään tähän sähköpostiosoitteeseen. Muutoin se lähetetään postitse. Sähköpostiosoite:	

2 PYYDETTY TUTKIMUS

<input type="checkbox"/> esikotelomätä	<input type="checkbox"/> toukkamätä	<input type="checkbox"/> varroa	<input type="checkbox"/> nosema	<input type="checkbox"/> sisuspunkki
<input type="checkbox"/> virukset DWV, BQCV, CBPV, SBV, ABPV, KBV	<input type="checkbox"/> muu:			
Esikotelomätätutkimuksen syy <input type="checkbox"/> viranomaisnäyte (maksuton) <input type="checkbox"/> saneerauksen omavalvonta <input type="checkbox"/> muu omavalvonta				

3 TAUSTATIEDOT

Omistajan kaikkien tarhojen lukumäärä	Sijaintikunnat
Tämänhetkiset taudinoireet, aiemmin esiintyneet taudit ja toteamisvuodet	

Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvennys
---------	---------------------------------

