



MODULO RICHIESTA VACCINO IBR

SPETT.LE A.R.A. CALABRIA

ASSOCIAZIONE REGIONALE ALLEVATORI DELLA CALABRIA

VIA U. BOCCIONI, 5

88046 SANT'EUFEMIA DI LAMEZIA TERME

e-mail : segreteria@aracalabria.it

Il sottoscritto nato a

Il Titolare dell'Azienda

Con sede in Codice aziendale ASL

P. IVA E-mail.....

Tel

Intende vaccinare i propri animali e vista l'emergenza chiede di usufruire del servizio messo a disposizione da ARA Calabria attraverso la quale richiede l'acquisto di N _____ dosi da utilizzare per la vaccinazione dei bovini presenti nel proprio allevamento.

Nome del veterinario incaricato per il ritiro del vaccino presso l'ARA Calabria mediante presentazione ricetta in triplice copia: Dott..... tel.....

Dichiara inoltre di essere consapevole che la spesa inerente l'acquisto del vaccino, effettuato attraverso ARA Calabria, resta a proprio totale carico e che il costo per singola dose è di € 4,00 IVA compresa.

N. dosi _____ x € 4,00 = € _____ da pagare anticipatamente attraverso bonifico bancario :

IBAN CREDEM : IT91N0303242840010000003821

IBAN MPS : IT58J0103042842000003906317

o tramite bollettino di C/C N 6451207 INTESTATO ASSOCIAZIONE REGIONALE ALLEVATORI DELLA CALABRIA

Il presente modulo di richiesta, riempito in ogni sua parte e debitamente firmato, e copia dell'avvenuto pagamento dovranno essere inviati via mail al seguente indirizzo: segreteria@aracalabria.it

Luogo e data

FIRMA ALLEVATORE
