



CLIENT / FERME

Nom de la ferme : _____
 Nom du propriétaire : _____
 Adresse : _____
 Ville / Code postal : _____
 Téléphone : _____
 Email : _____

VÉTÉRINAIRE

Nom du vétérinaire : _____
 Adresse : _____
 Ville / Code postal : _____
 Téléphone : _____
 Adresse de livraison : _____

Client :

Nombre de doses :

Espèce animale	Jeune	Adulte	Booster
Porcin :	<input type="checkbox"/> Porcelet	<input type="checkbox"/> Truie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ovin :	<input type="checkbox"/> Agneau	<input type="checkbox"/> Ovin adulte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Caprin :	<input type="checkbox"/> Chevreau	<input type="checkbox"/> Caprin adulte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bovin :	<input type="checkbox"/> Veau	<input type="checkbox"/> Bovin adulte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Volaille :	<input type="checkbox"/> Poulet à chair	<input type="checkbox"/> Poule pondeuse	
Lapin :	<input type="checkbox"/> Lapereau	<input type="checkbox"/> Lapin adulte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signature du vétérinaire

Numéro de permis

Date

Modalités de fabrication (Réservé à l'administration - Pour usage interne)

Souche bactérienne : _____ Date de réception : _____
 Isolée et identifiée par : MAPAQ FMV Autre : _____
 Sérotypage : _____ Date : _____ Souche # : _____
 Format des contenants : ___ x 120mL ___ x 250mL ___ x 500mL
 Nouveau # série : _____ Ancien # série (si renouvellement) : _____
 Autres informations : _____

Prévoir de 4 à 5 semaines pour la fabrication

Tél : 450-250-3100 / Fax : 450-250-3101 / info@vacci-vet.com

Permis canadien d'établissement de produits biologiques vétérinaires n°59

