



Pour toute commande par E-shop, merci de préciser la référence de votre commande ici → N°

**\*Informations OBLIGATOIRES**

**PROPRIÉTAIRE**

\*Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ \*N° Elevage : \_\_\_\_\_  
 \*Adresse : \_\_\_\_\_ \*N° de SIRET : \_\_\_\_\_  
 \*Code postal : \_\_\_\_\_ \*Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 \*Téléphone : \_\_\_\_\_  
 \*E-Mail : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En signant le présent document, j'accepte les conditions générales de vente (CGV) pleinement et sans réserve et je commande les prestations signalées.

\*Signature

**DEMANDEUR**

☐ cocher si demandeur identique au propriétaire

\*Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ \*Organisme : \_\_\_\_\_  
 \*Adresse : \_\_\_\_\_  
 \*Code postal : \_\_\_\_\_ \*Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 \*Téléphone : \_\_\_\_\_  
 \*E-Mail : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En signant le présent document, j'accepte les conditions générales de vente (CGV) pleinement et sans réserve et je commande les prestations signalées.

\*Signature

**PRÉLEVEUR/VÉTÉRINAIRE**

☐ cochez cette case pour être en copie des résultats

Je, soussigné, Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ N° d'ordre ou agrément: \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 E-Mail : \_\_\_\_\_

Date de prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Certifie avoir vérifié l'identification des animaux prélevés et l'exactitude des informations portées sur ce document.

Signature & Cachet

**Facturation au :** ☐ Propriétaire ☐ Demandeur ☐ Vétérinaire

Pour plus de simplicité, vous pouvez préregler vos analyses en ligne directement sur notre e-shop : [www.e-shop@qualyse.fr](http://www.e-shop@qualyse.fr)

**TEST(S) DEMANDÉ(S)**

☐ **IDENTIFICATION GÉNÉTIQUE** **24€ TTC (20€ HT)**

Panel ISAG – marqueurs STRs

☐ **ATTESTATION DE PARENTÉ** **12€ TTC (10€ HT)**

Par descendant pour 1 couple de parents proposés

**Identification du(des) prélèvement(s) :**

| N° d'identification nationale : | N° d'échantillon :                                                                                                                                                                                                         | Type prélèvement :                                               | Date de Naissance : | Sexe :                                                | Race : |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| <b>DESCENDANT N°1</b>           | → à contrôler avec le(les) parent(s) présumé(s) <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 et <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 |                                                                  |                     |                                                       |        |
| FR _____                        |                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____      | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |        |
| <b>DESCENDANT N°2</b>           | → à contrôler avec le(les) parent(s) présumé(s) <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 et <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 |                                                                  |                     |                                                       |        |
| FR _____                        |                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____      | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |        |
| <b>DESCENDANT N°</b>            | → à contrôler avec le(les) parent(s) présumé(s) <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 et <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 |                                                                  |                     |                                                       |        |
| FR _____                        |                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____      | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |        |

**MÈRE(S) PRÉSUMÉE(S) :**

|          |  |                                                                  |                |           |  |
|----------|--|------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|--|
| FR _____ |  | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____ | <b>M1</b> |  |
| FR _____ |  | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____ | <b>M2</b> |  |
| FR _____ |  | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____ | <b>M3</b> |  |

**PÈRE(S) PRÉSUMÉ(S) :**

|          |  |                                                                  |                |           |  |
|----------|--|------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|--|
| FR _____ |  | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____ | <b>P1</b> |  |
| FR _____ |  | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____ | <b>P2</b> |  |
| FR _____ |  | <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Cartilage | ____/____/____ | <b>P3</b> |  |