



# Instituto Valenciano de Microbiología

Masía El Romeral  
Ctra. Bétera – San Antonio de Benagéber, Km 0,3  
46117 Bétera (Valencia)  
Tel. 96 169 17 02  
Fax 96 169 16 37  
e-mail: [ivami@ivami.com](mailto:ivami@ivami.com)  
[www.ivami.com](http://www.ivami.com)  
CIF B-96337217

**Laboratorio autorizado por la Unión Europea  
para las pruebas serológicas de control de la  
eficacia de las vacunas antirrábicas**

## **Prueba de cuantificación de anticuerpos antirrábicos en animales vacunados** *(Quantification of anti-rabies antibodies in vaccinated animals)*

### **Formulario de datos relacionados con la muestra** *(Formulary of data from the sample)*

:

#### **Propietario o persona responsable del animal** *(Owner or person responsible of the animal)*

Nombre / *First name*

Apellidos / *Surname*:

Dirección / *Address*:

Código Postal, Ciudad y País / *Post code, City and Country*:

Teléfono / *Telephone*:

Correo-electrónico / *E-mail*:

#### **Descripción e identificación del animal** *(Description and identification of the animal)*

Especie / *Species*:

Nombre / *Name*:

Fecha de nacimiento / *Date of birth*:

Fecha de implantación del microchip / *Date of microchipping*:

Número del microchip / *Microchip number*:

#### **Vacunación antirrábica** *(Vaccination against rabies)*

Fabricante y nombre de la vacuna / *Manufacturer and name of vaccine*:

Número de lote / *Batch number*; Caducidad / *Expire date*:

Fecha de vacunación / *Vaccination date*:

Fecha de toma de la muestra/ *sampling date*:

#### **Veterinario colegiado** *(Veterinary registered)*

Nombre y Apellidos / *First Name and Surname*:

Número de colegiado/*Registration number*:

Dirección / *Address*:

Código Postal, Ciudad y País / *Post code, City and Country*:

Teléfono-Fax / *Telephone-Fax*:

Correo-electrónico / *E-mail*:

#### **Facturación:** Datos de facturación *(Invoice data)*

Nombre y apellidos o razón social *(Invoice addressed to)*:

Dirección (Mail address):

Código postal, ciudad y provincia (y país si no es España) *(Postal code, city, district, and country if different to Spain)*:

CIF / NIF (VAT No.):

**Coste de la prueba/Test cost: 100.-€.**

Cheque nominativo con la muestra, ingreso en cuenta o transferencia a (**IMPRESINDIBLE**,  
CON TRANSFERENCIAS O INGRESOS EN EFECTIVO, PARA PODER ASIGNAR  
PAGO A UNA MUESTRA INDICAR EN EL INGRESO EL **NOMBRE DE**

**PROPIETARIO DE LA MASCOTA O LA CLÍNICA VETERINARIA REMITENTE Y NOMBRE DE MASCOTA)/Check addressed to Instituto Valenciano de Microbiología with the sample, payment in bank or bank transfer to (MANDATORY FOR PAYMENT ASIGNEMENT TO A SAMPLE, INCLUDE WITH BANK TRANSFER O PAYMENT IN BANK, THE NAME OF THE PET OWNER OR VETERINARY CLINIC SENDER, AND THE PET NAME):**

Instituto Valenciano de Microbiología; Banco Sabadell-Atlántico.  
IBAN No. ES05 0081 7352 40 000117 8222. Swift = BIC No. BSABESBB;

Firma y fecha (*Signature and date*):