Έντυπο Αποστολής Δείγματος Αίματος

Blood Sample Submission Form

Είδος ζώου:. . . …………………………

Animal species: . . . …………………….

Όνομα:. . ……………………………

Name:.……………………………

Φυλή:. . ……………………………….

Race: . . . ……………………… ……….

Χρώμα:. . . …………………….………………

Colour:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . .. . . . . .. . . . . .

Φύλο:. . ……………………………

Sex:. . . ……………………………….

Αριθμός του μικροτσίπ του ζώου:. . . …………………………...........

Animal’s microchip number: ……………………………………………

Ημερομηνία στην οποία τοποθετήθηκε και επιβεβαιώθηκε η ταυτοποίηση του ζώου: ………………..

Date when this animal was identified and date of confirmation of the identification: …………………………

Ημερομηνία γέννησης:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Date of birth: . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

Ονομασία και αριθμός παρτίδας εμβολίου : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Name and batch number of vaccine: . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . .. . . .. .. . .

Ημερομηνία εμβολιασμού: ……………………………………………………….

Date of administration of Rabies vaccination: …………………………………

Ημερομηνία αιμοληψίας:. . . . . . . . . . . . . . … . . . . . . . . . . . . . . …………………

Date of blood sampling: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Χώρα στην οποία θα ταξιδέψει το ζώο : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Country to where the animal will travel:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ονοματεπώνυμο, τηλέφωνο και διεύθυνση ιδιοκτήτη του ζώου:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . .. . . . . .. . . .. . . . . . .. . . .. . . . .. . .

Owner’s name, telephone and address: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . .. . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . .

Ονοματεπώνυμο, τηλέφωνο και διεύθυνση του αποστέλλοντα κτηνιάτρου:. . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . .. . .. . . . .. . . . . . . . . . . . . . . .. . . .. . . . . .. . . ..

Name telephone and address of submitting veterinary surgeon: . . . . . . . . . .. . . .. . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . .. . . . . .. . . . . . . . . . .

. .. . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(Tόπος και ημερομηνία) (Date and place)

Υπογραφή Κτηνιάτρου ( Signature)

# 

**OΔΗΓΙΕΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Για την απρόσκοπτη εξέταση των δειγμάτων παρακαλούμε:

1. να μας αποστέλλετε τουλάχιστον 500μl (0,5 ml) **ορό** μη μολυσμένο και μη αιμολυμένο, υπό ψύξη, σε φιαλίδιο eppendorf ή άλλο κατάλληλο φιαλίδιο. Αιμολυμένα δείγματα δεν είναι δυνατόν να εξετασθούν. Στο σωληνάριο που θα περιέχεται ο ορός να αναγράφεται το όνομα του ζώου ή ο αριθμός του microchip και να είναι αυτό, ερμητικά κλεισμένο. Συσκευάζετε τα δείγματα **ΠΑΝΤΟΤΕ** με παγοκύστεις, διότι οι μεταφορικές εταιρείες δε μεριμνούν για την ψύξη των δειγμάτων.

1. Κάθε δείγμα πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται με το παραπάνω έντυπο, **πλήρως** συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από τον κτηνίατρο στα Ελληνικά και Αγγλικά με κεφαλαία γράμματα. Παρακαλείσθε να δακτυλογραφείτε και να εκτυπώνετε το έντυπο, προς αποφυγή λαθών. Προσέχετε, ώστε η ημερομηνία επιβεβαίωσης της ταυτοποίησης να είναι προγενέστερη ή το πολύ ίδια με αυτή του εμβολιασμού. Υπογράφετε πάντοτε τα έντυπα αποστολής και συμπληρώνετε όλα τα πεδία.
2. Τα δείγματα που αποστέλλονται με μεταφορική εταιρεία, πρέπει επιπροσθέτως να συνοδεύονται με φωτοτυπία απόδειξης της προπληρωμής της εξέτασης ή το αποδεικτικό να έχει αποσταλεί με e-mail την ίδια ημέρα (e-mail: [viruslab.ath@minagric.gr](about:blank)). Στο αποδεικτικό πληρωμής πρέπει να αναγράφεται ευκρινώς το όνομα του Κτηνιάτρου, του Ιδιοκτήτη και του ζώου.
3. Τηρείτε τα χρονικά διαστήματα μεταξύ εμβολιασμού και αιμοληψίας, σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας εισαγωγής. Να αποστέλλετε τα δείγματα το συντομότερο μετά την αιμοληψία. Δείγματα με απόσταση ημερομηνίας αιμοληψίας και αποστολής μεγαλύτερης του μηνός ΔΕΝ θα εξετάζονται.

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Η εξέταση στοιχίζει 44,02 € συν 24% ΦΠΑ (συνολικά 54.58 € για κάθε δείγμα).

Εφόσον αποστείλετε τρία ή περισσότερα δείγματα ζώων τα οποία ανήκουν σε ένα ιδιοκτήτη η εξέταση στοιχίζει 17,61 € συν 24% ΦΠΑ (συνολικά 21,84 € για κάθε δείγμα).

Το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων από ιδιώτες θα καταβάλλεται **αποκλειστικά** και μόνο στον λογαριασμό που τηρείται στην Τράπεζα της Ελλάδος με IBAN GR 2201000240000000000266700 και Όνομα Δικαιούχου: «Ταμείο Γεωργίας και Κτηνοτροφίας». Η καταβολή δύναται να πραγματοποιηθεί είτε μέσω ηλεκτρονικής τραπεζικής κατάθεσης (web banking) είτε με φυσική παρουσία στην Τράπεζα. Και στις δύο περιπτώσεις, το αποδεικτικό κατάθεσης θα υποβάλλεται στο Τμήμα μας και πρέπει να προσκομίζεται μαζί με το δείγμα και τo έντυπο αποστολής δείγματος.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την έκδοση τιμολογίου από το Τμήμα Διοικητικό Οικονομικό της Διεύθυνσής μας, είναι **η προσκόμιση του σχετικού αποδεικτικού  κατάθεσης**.

Ως εκ τούτου, σας ενημερώνουμε ότι **από 01-1-2021 μετρητά και ταχυδρομικές επιταγές ΔΕΝ θα γίνονται δεκτά.**

Σας ενημερώνουμε ότι πλέον για την έκδοση τιμολογίου για τις εξετάσεις που πραγματοποιούνται στο Κτηνιατρικό Κέντρο Αθηνών πρέπει να αναγράφονται, είτε με σφραγίδα, είτε χειρόγραφα, ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΣ μαζί με το έντυπο όπου αιτήστε την εξέταση τα εξής:

- Α.Φ.Μ. (Αριθμός Φορολογικού Μητρώου) του προσώπου στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί το τιμολόγιο

- Δ.Ο.Υ που ανήκει το πρόσωπο στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί το τιμολόγιο

Στην περίπτωση που θέλετε να εκδοθεί σε άλλο πρόσωπο, παρακαλούμε να αναγράφονται πλήρως τα στοιχεία του (Ονοματεπώνυμο, ταχυδρομική διεύθυνση, Α.Φ.Μ., Δ.Ο.Υ.).

Οι συνάδελφοι κτηνίατροι από το εξωτερικό (π.χ. ΚΥΠΡΟ, ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ) υποχρεούνται επίσης να αποδίδουν το Φ.Π.Α., γιατί η παροχή υπηρεσίας γίνεται στην Ελλάδα, οπότε πρέπει και οι προαναφερόμενοι να μας αναγράφουν τα αντίστοιχα στοιχεία (Α.Φ.Μ., Δ.Ο.Υ.).

**ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**

* + Αυτοπροσώπως: Δευτέρα έως και Παρασκευή, 10:00 π.μ. έως 14:00 μ.μ.
  + Ταχυδρομικώς
  + Ταχυμεταφορική (Courier) (με χρέωση παραλήπτη)

Το αποτέλεσμα της εξέτασης είναι έτοιμο σε **20-30 ημέρες** από την παραλαβή του δείγματος.