



## 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](mailto: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](mailto:segreteria@aracalabria.it)

Luogo e data .....

FIRMA ALLEVATORE

---