Diese Seite muss pro Bestellung nur 1x ausgefüllt werden.

*This page must only be completed once per order.*

|  |
| --- |
| **CAG Untersuchungsauftrag /** *CAG Client Information Form* |
| **Eigentümer** *Owner*  | **Auftraggeber (wenn abweichend vom Eigentümer)***Sender* |
| **Nachname\*** *Surname* |  | **Nachname***Surname* |  |
| **Vorname\****First Name* |  | **Vorname***First Name* |  |
| **Firma***Company* |  | **Firma***Company* |  |
| **Straße\****Street* |  | **Straße***Street* |  |
| **PLZ \****Zip Code* |  | **PLZ** *Zip Code* |  |
| **Stadt\***City |  | **Stadt**City |  |
| **Land\*** *Country* |  | **Land** *Country* |  |
| **Tel. Nr.\****Phone* |  | **Tel. Nr.***Phone* |  |
| **E-Mail\****Email* |  | **E-Mail***Email* |  |
| **USt-IdNr.***VAT#* |  | **USt-IdNr.***VAT#* |  |
| **Zuchtverbands-Mitglieds Nr.***Studbook membership number* |  | **Zuchtverbands-Mitglieds Nr.***Studbook membership number* |  |
| **Landwirtschaftliche Betriebsnr.** |  | **Landwirtschaftliche Betriebsnr.** |  |
| \*Pflichtfelder / *mandatory field*Wenn eine Kunden ID besteht, reicht die Angabe der ID. Die Pflichtfelder müssen nicht erneut ausgefüllt werden*When a client ID is known, the ID itself is sufficient. The mandatory fields don’t need to be filled out again.* |
| **Befund an:***Results to:* | [ ]  Eigentümer/*Owner*[ ]  Auftraggeber/ Praxis *Sender/Clinic*[ ]  Zuchtverband *Studbook Registry* | **Zahlungsart:***Mode of Payment:* | [ ]  Überweisung / *Bank Transfer*[ ]  Kreditkarte / *Credit Card*[ ]  PayPal[ ]  Bereits online bezahlt / *Already paid online* |
| **Rechnung an:***Invoice to:* | [ ]  Eigentümer /*Owner*[ ]  Auftraggeber/ Praxis *Sender/Clinic* | **Wenn Sie online bestellt haben, geben Sie bitte hier Ihre Bestellnummer an:***For online orders please enter your order number:* |  |
|  |
| **Information / *Information*** |
| -Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus. Mehrere Proben- und Testauswahl Formulare können mit einem Untersuchungsauftrag eingereicht werden. *Please fill out the forms as completely as possible. Multiple animal information forms and samples may be submitted with this order form.***-**Rechnung und Ergebnisse werden per E-Mail an die oben angegeben Parteien geschickt.  *Invoice and results will be sent by email to the parties indicated above.***-**Die Bearbeitung Ihres Auftrages beginnt mit Erhalt der Proben. Der Versand der Berichte erfolgt umgehend nach Zahlungseingang. *Orders will be processed immediately upon receipt in the laboratory; however, results will not be reported until full payment is received*.**-**Ich bin einverstanden, dass die DNA der Probe durch die CAG anonymisiert zu Forschungszwecken verwendet werden kann. *I understand that DNA from samples may be anonymized and used for future research.***-**Ich habe die AGB der CAG (www.centerforanimalgenetics.de), gelesen und erkläre mich damit einverstanden *I have read and understood the CAG Terms and Conditions (www.centerforanimalgenetics.com).* |
| **Zusammenfassung / *Summary*** |
| **Anzahl der eingereichten Proben:***Number of samples submitted:* |  | **Anzahl der Tests:***Number of tests requested:* |  |
| Hiermit bestätige ich, dass ich der Besitzer des/der Tiere(s) bin, oder die Berechtigung des Besitzers habe, um die Proben des/der Tiere(s) einzureichen und die DNA testen zu lassen. *I certify that I am the owner of the animal(s), or have the owner’s permission to submit samples from the animal(s) for DNA testing.* |
| **Eigentümer/Auftraggeber***Owner/Sender* |  | **Datum***Date* |  |
| **Rechnungsempfänger***Party responsible for payment* |  | **Datum***Date* |  |

Diese Seite muss für jedes Pferd 1x ausgefüllt werden.

*This page needs to be filled out once for each horse.*

|  |
| --- |
| **CAG Proben- und Testauswahl für Pferde*****CAG Sample Submission & Order Form for Horses*** |
| **Name Pferd\****Horse’s Name* |  | ***Rasse\*****Breed* |  |
| **Lebens-Nr***UELN* |  | **Fellfarbe***Coat colour* |  |
| **Mikrochip-Nr.** *Microchip Nr.* |  | ***Geburtsdatum****Date of Birth* |  |
| **Zuchtbuch***Registry* |  | ***Geschlecht****Sex* | [ ] weiblich / female [ ] männlich / male |
| **Name d. Vaters***Name of Father* |  | **Name d. Mutter***Name of Mother* |  |
| **Lebens-Nr***UELN* |  | **Lebens-Nr***UELN* |  |
| **Zuchtbuch***Registry* |  | **Zuchtbuch***Registry* |  |
| **Probe** / *Sample* |  [ ]  **Haar** / *Hair* [ ]  0**,5 mL EDTA - Blut** / *EDTA - Blood*  |
| \*Pflichtfelder / mandatory fieldWenn eine Tier ID besteht, reicht die Angabe der ID. Die Pflichtfelder müssen nicht erneut ausgefüllt werden*When an Animal ID is known, the ID itself is sufficient. The mandatory fields don’t need to be filled out again.* |
| **Angefragte Tests / *Test Requested*** |
| **Bitte geben Sie an, welche Tests durchgeführt werden sollen** (**Nummern siehe Webseite /Preisliste):** P*lease write the test numbers below (*s*ee pricelist / website):* |
| [ ]  **Erbkrankheiten** (z.B. H108) *Genetic Disease* |  |
| [ ]  **Phänotypische Merkmale** (z.B. H203) *Phenotype* |  |
| [ ]  H100: **DNA - Profil**  *H100: DNA - Profile* | [ ]  H101: **Abstammungsnachweis** (3 Proben erforderlich, Eltern + Nachkomme) *H101: Identification Test (3 Samples, Parents + Offspring)* |
|  |
| **Unterschrift des Auftraggebers** *Client Signature*(wenn nicht Tierarzt / *if not Veterinarian*) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Datum***Date* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Der folgende Teil muss nur ausgefüllt werden, wenn für die Anerkennung der Testergebnisse durch den Zuchtverband, die Identität des Pferdes von einem Tierarzt bestätigt werden muss.*Please check with your Studbook, if the identity of the Horse needs to be verified by a vet for the test results to be recognized by the Studbook.* |
| Ich bestätige, dass ich die Identität des Tieres (Microchip/Tattoo) überprüft habe und diese mit dem Tier auf diesem Formularübereinstimmt und ich von diesem Tier die Proben genommen habe*. / I certify that I have verified the identity (by microchip or tattoo) of the animal described on this form and conducted the sampling.* |
| **Unterschrift des Tierarztes***Signature of Veterinarian* |  |  | Praxis Stempel / Practice Stamp |
| **Datum***Date* |  |  |
|  |  |  |