

CAG Untersuchungsauftrag CAG Client Information Form

Eigentümer Owner

Auftraggeber (abweichend vom Eigentümer) Sender

<p>CAG Kunden ID* _____ <i>Client ID</i></p> <p>Nachname _____ <i>Surname</i></p> <p>Vorname _____ <i>First Name</i></p> <p>Firma _____ <i>Company</i></p> <p>Straße _____ <i>Street</i></p> <p>PLZ / Stadt _____ <i>Zip code/ City</i></p> <p>Tel.Nr. _____ <i>Phone</i></p> <p>E-Mail _____ <i>Email</i></p> <p>Ust-Id-Nr. _____ <i>VAT#</i></p> <p>Zuchverband-Mitgliedsnr.** _____ <i>Studbook membership number</i></p> <p>Landwirtschaftliche Betriebsnr. _____</p>	<p>CAG Kunden ID* _____ <i>Client ID</i></p> <p>Nachname _____ <i>Surname</i></p> <p>Vorname _____ <i>First Name</i></p> <p>Firma _____ <i>Company</i></p> <p>Straße _____ <i>Street</i></p> <p>PLZ / Stadt _____ <i>Zip code/ City</i></p> <p>Tel.Nr. _____ <i>Phone</i></p> <p>E-Mail _____ <i>Email</i></p> <p>Ust-Id-Nr. _____ <i>VAT#</i></p> <p>Zuchverband-Mitgliedsnr.** _____ <i>Studbook membership number</i></p> <p>Landwirtschaftliche Betriebsnr. _____</p>
--	--

*Wenn eine Kunden ID besteht müssen die weiteren Felder nicht ausgefüllt werden./ *When the Client or Animal ID is known, the other fields can be left blank.*
 ** Ergebnisse werden nur an den Zuchverband weitergeleitet, wenn dies ausdrücklich vom Auftraggeber verlangt wird./ *Results will only be sent to the Studbook if indicated below.*

<p>Befund <input type="checkbox"/> Eigentümer <i>Results Owner</i></p> <p><input type="checkbox"/> Auftraggeber/ Praxis <i>Sender / Clinic</i></p> <p><input type="checkbox"/> Zuchverband <i>Studbook Registry</i></p>	<p>Rechnung <input type="checkbox"/> Eigentümer <i>Invoice Owner</i></p> <p><input type="checkbox"/> Auftraggeber <i>Sender / Clinic</i></p>	<p>Zahlungsart <input type="checkbox"/> Überweisung <i>Mode of Payment Bank Transfer</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kreditkarte <i>Credit Card</i></p> <p><input type="checkbox"/> Bar <i>Cash</i></p>
--	---	--

Informationen / Information

- Bitte beachten Sie, dass Proben nur mit vollständig ausgefüllten Formularen bearbeitet werden können.
Please fill out the forms completely.
- Rechnung und Ergebnisse werden per E-Mail an die oben angegebenen Parteien geschickt.
Invoice and results will be sent by email to the parties indicated above.
- Mehrere Proben- und Testauswahl Formulare können mit einem Untersuchungsauftrag eingereicht werden.
Multiple animal information forms and samples may be submitted with this order form.
- 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 benutzt 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: _____ Anzahl der Tests: _____
Number of samples submitted 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.*

Auftraggeber _____ <i>Sender</i>	Datum _____ <i>Date</i>
Rechnungsempfänger _____ <i>Party responsible for payment</i>	Datum _____ <i>Date</i>

CAG Proben- und Testauswahl für Pferde CAG Sample Submission & Order Form for Horses

Probe / Sample

CAG Kunden ID* <i>Client ID</i>	_____	CAG Tier ID* <i>Animal ID</i>	_____
Eigentümer <i>Owner</i>	_____	Tiername <i>Animal Name</i>	_____
Lebensnummer <i>UELN</i>	_____	Rasse <i>Breed</i>	_____
Geburtsdatum <i>Date of Birth</i>	_____	Zuchtbuch <i>Registry</i>	_____
Microchip-Nr. <i>Microchip Number</i>	_____	Fellfarbe <i>Coat Colour</i>	_____
Probe / Sample	<input type="checkbox"/> 0,5 ml EDTA-Blut / EDTA-Blood <input type="checkbox"/> Haar / Hair	Sex / Sex	<input type="checkbox"/> weiblich / female <input type="checkbox"/> männlich / male
Name des Vaters / Tier ID <i>Name of Father / Animal ID</i>	_____	Name der Mutter / Tier ID <i>Name of Mother / Animal ID</i>	_____
Zuchtbuch des Vaters <i>Registry of Sire</i>	_____	Zuchtbuch der Mutter <i>Registry of Dam</i>	_____
Lebensnummer <i>UELN</i>	_____	Lebensnummer <i>UELN</i>	_____

*Wenn eine Kunden ID oder eine Tier ID besteht müssen die weiteren Felder nicht ausgefüllt werden.
When the Client or Animal ID is known, the other fields can be left blank.

Angefragte Tests / Tests Requested

Bitte geben Sie an welche Tests durchgeführt werden sollen / Please write the test numbers below:

- Erbkrankheiten** (z.B. H103) _____
Genetic Disease
- Phenotypen** (z.B. H203) _____
Phenotype
- H100: **DNA-Profil** H101: **Abstammungsnachweis Test** (3 Proben - Proben der Elterntiere erforderlich)
H100: DNA-Profile *H101: Identification Test (Samples from parents are required)*

Unterschrift des Auftraggeber _____ **Datum** _____
Client Signature *Date*
(wenn nicht Tierarzt / if not Veterinarian)

Ich bestätige, dass ich die Identität des Tieres (Microchip/Tattoo) überprüft habe und diese mit dem Tier auf diesem Formular übereinstimmt 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
(sofern erforderlich / if necessary)

EDV Nr. _____
EDP number

Datum _____
Date

Praxis Stempel / Practice Stamp