

BON DE COMMANDE DE DOCUMENTS ET MATÉRIAUX VÉTÉRINAIRES

NOM: **N° À L'ORDRE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.:**

| | | | |
|--|--------|---|--------|
| Commande du matériel | Nombre | Commande du colostrum | Nombre |
| <input type="checkbox"/> BVD ear punch | | <input type="checkbox"/> Colostrum congelé - bouteille 1 litre - IBR Négatif (ECI) | |
| <input type="checkbox"/> BVD tang | | <input type="checkbox"/> Colostrum lyophilisé - sac 200 grammes - IBR Négatif (ECI) | |

| Commande de documents | Langue | Nombre |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rapports de visite porcs: | <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> FR | x 30 documents, ou x 50 documents |
| <input type="checkbox"/> Documents d'abattage d'urgence: | <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> FR | x 10 documents (en 2 exemplaires) |
| <input type="checkbox"/> Documents d'Administration et Fourniture (DAF): | <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> FR | x 50 documents (en 3 exemplaires) |
| <input type="checkbox"/> Vignettes personnalisées pour validation des documents DAF (1): | | x 24 vignettes (en 2 exemplaires) |
| <input type="checkbox"/> Prescriptions générales (2): | <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> FR | x 30 documents (en 2 exemplaires) |
| <input type="checkbox"/> Prescriptions d'aliment médicamenteux (2): | <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> FR | x 30 documents (en 2 exemplaires) |

(1) **VIGNETTES DAF:** Ces documents peuvent être seulement commandés par le vétérinaire qui est titulaire du dépôt de médicaments. Les vignettes seront imprimées avec L'ADRESSE PRATIQUE. (= adresse du dépôt de médicaments)

RUE: N°: BOÎTE:

CODE POSTALE: COMMUNE/LOCALITÉ:

(2) **PRESCRIPTIONS:** Les carnets doivent être imprimés avec les données ci-dessous.

| | | |
|--|--|--------------|
| STRUCTURE VÉTÉRINAIRE ¹ : | | (facultatif) |
| VÉTÉRINAIRE PRÉNOM NOM ² : | | |
| RUE N°/BOÎTE ³ : | | |
| | <input type="checkbox"/> = adresse domicile <input type="checkbox"/> = adresse pratique <input type="checkbox"/> = une autre adresse | |
| CODE POSTALE LOCALITÉ ³ : | | |
| TÉLÉPHONE- OU GSM : | | (facultatif) |
| ADRESSE EMAIL ⁴ : | | (facultatif) |
| URL ⁴ : | | (facultatif) |

1. Le nom du structure vétérinaire doit être approuvé par le conseil régional de l'ordre des vétérinaires.

2. Il concerne le nom et nom et prénom officiel.

3. Indique si cette adresse est votre adresse du domicile, adresse pratique ou si c'est une autre adresse.

4. Faites une différence claire entre un trait d'union, un trait de soulignement, un point, une barre oblique et une barre oblique inverse dans l'adresse mail et l'URL

| | |
|--|---|
| Facturation: | Adresse de livraison: |
| Nom du siège social:..... | <input type="checkbox"/> = Adresse domicile <input type="checkbox"/> = Adresse pratique vétérinaire |
| Situation juridique:.....(SPRL, SA, ...) | <input type="checkbox"/> = Adresse de facturation |
| Rue:..... Numéro:..... Boîte: | Date: / / 20..... |
| Code postale:..... Localité:..... | Signature: |
| Numéro de TVA:..... | |

Le délai de livraison pour des rapports de visite porcs et prescriptions: jusqu'à 3 semaines, livraison pour des autres documents personnalisés: jusqu'à 2 semaines, délai de livraison pour BVD ear punch jusqu'à 2 semaines.

Si la DGZ enregistre la commande pour vous, il y a un coût d'enregistrement.
 Consultez notre liste des tarifs (www.dgz.be/tarieven)