

# Bestellung autogene Impfstoffe



**Vaxxinoa GmbH Vertrieb**

Johann-Krane-Weg 25

D-48149 Münster

**T** +49 251 284126 00

**F** +49 251 284126 11

bestellungen@vaxxinoa.com

www.vaxxinoa.de

**Kunde/Praxis:** (inklusive Fax o. Email für Auftragsbestätigung)

**Versandadresse/Tierärztliche Hausapotheke**

Erreger	Tierart	Anzahl an Dosen	Dosisvolumen ml	Betrieb /Betriebsstätte (inklusive vollständiger Anschrift)	Gewünschte Stämme (Artikelnummern)	Bemerkungen (wie Charge, gewünschter Versandtermin etc.)
_____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/> Pute <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> _____	_____ <b>ID</b>	<input type="checkbox"/> 0,5 ml <input type="checkbox"/> 2 ml <input type="checkbox"/> 1 ml	   <input type="checkbox"/> <b>Adresseindruck auf dem Etikett</b>	_____ _____ _____ _____	
_____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/> Pute <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> _____	_____ <b>ID</b>	<input type="checkbox"/> 0,5 ml <input type="checkbox"/> 2 ml <input type="checkbox"/> 1 ml	   <input type="checkbox"/> <b>Adresseindruck auf dem Etikett</b>	_____ _____ _____ _____	
_____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/> Pute <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> _____	_____ <b>ID</b>	<input type="checkbox"/> 0,5 ml <input type="checkbox"/> 2 ml <input type="checkbox"/> 1 ml	   <input type="checkbox"/> <b>Adresseindruck auf dem Etikett</b>	_____ _____ _____ _____	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ein ausreichend wirksamer, zugelassener oder genehmigter Impfstoff für das Krankheitsgeschehen im oben genannten Bestand nicht zur Verfügung steht. Des Weiteren bestätige ich, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Vaxxinoa GmbH für die Herstellung autogener Impfstoffe, wie aufgeführt unter [www.vaxxinoa.com](http://www.vaxxinoa.com), akzeptiere.

Ort und Datum

Unterschrift Tierarzt/-ärztin/Einsender