

Auftrag zur Genotypisierung der Kasein-Gene beim Rind (beta A1/A2; kappa)

Tierbesitzer/Auftraggeber:	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
E-Mail:*	
Telefon:	
Kd.Nr.:	USt-ID:

<i>Wird vom Labor ausgefüllt</i>
Auftrags-Nr.: _____
Probeneingang: _____

- Probenmaterial:**
- Ohrstanzproben/ Gewebe
 - Blut (EDTA)
 - Sperma

*Mit angegebener E-Mail Adresse erhalten Sie Ihr Ergebnis ohne Verzug.

Ich bin damit einverstanden, dass die Bayern-Genetik GmbH eine Kopie des Befundes erhält.

Kopie der Ergebnisse an:

Hinweis: Die Bestimmung des Genotyps erfolgt mit größter Sorgfalt und unter Zugrundelegung des Standes der Wissenschaft. Der Geschäftspartner erkennt an, dass Ergebnisse der molekulargenetischen Diagnostik mit Fehlern behaftet sein können, die für Agrobiogen nicht ersichtlich sind. Gewährleistungsverpflichtungen werden nicht übernommen. Schadenersatzansprüche werden auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Eine Haftung für eventuelle Folgeschäden im Falle eines falschen Befundes ist ausgeschlossen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Anforderungen zum Probenmaterial unter www.agrobiogen.de/downloads gelesen, sowie die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Agrobiogen GmbH gelesen und akzeptiert habe.

Mit Angabe der E-Mail Adresse erkläre ich mich mit dem elektronischen Rechnungs- und Ergebnisversand einverstanden.

Datum, Unterschrift des Tierbesitzers/ Auftraggebers

SEPA-Lastschriftmandat liegt bereits vor

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71 ZZZO 0001 8456 68

Mandatsreferenz (Kd.Nr.): _____

Ich/Wir ermächtige(n) die Agrobiogen GmbH widerruflich, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Agrobiogen GmbH auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut:

IBAN-Nr. _____ BIC: _____

Ort, Datum Unterschrift(en)

Lfd. Nr.	Proben-ID oder Barcode	VVVO-Ohrmarkennummer (12-stellig, z.B. DE011234567890)	Rasse	Untersuchung		
				beta-Kasein (A2)	kappa-Kasein	Weitere Analysen Hornlosigkeit, Abstammung etc. (bitte separater Antrag)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

