

## Auftrag zur Genotypisierung der Kasein-Gene (beta A1/A2; kappa A/B, E) und von Fleckvieh-Erbfehlern beim Rind

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

Wird vom Labor ausgefüllt

Auftrags-Nr.: \_\_\_\_\_

Probeneingang: \_\_\_\_\_

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

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

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](http://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 (A1/A2)	kappa-Kasein (A/B, E)	Erbfehler Fleckvieh TP/ DW/ FH2/ FH4/ FH5/ BH2	Weitere Analysen Hornlosigkeit 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							

