



## FONDAZIONE SALUTE ANIMALE

**CENTRALE DI LETTURA UFFICIALE PER LA DISPLASIA DELL'ANCA E DEL GOMITO**

Il sottoscritto:..... CF o P.IVA (obbligatorio).....  
richiede che la fattura, il pedigree ed i risultati della lettura relativa al cane di sua proprietà:

nome: .....

razza .....

siano inviati (apporre una x alla casella scelta):

- all'indirizzo indicato sul pedigree, valido anche per la fatturazione
- al seguente indirizzo, se diverso da quello indicato sul pedigree, valido anche per la fatturazione:      Sig. ....

via .....

CAP .....

Località .....

Provincia .....

Telefono (ore ufficio).....

- **con procedura ordinaria** (spedizione dei risultati possibilmente, ma non tassativamente, entro due mesi dalla data di ricevimento della pratica, ad eccezione dei periodi di ferie che possono richiedere tempi più lunghi), alla tariffa base di 55€ IVA compresa, incluso il costo della spedizione con raccomandata (obbligatoria)
- **con procedura urgente** (spedizione dei risultati prioritaria sulle pratiche ordinarie, possibilmente, ma non tassativamente, entro tre settimane dalla data di ricevimento della pratica, ad eccezione dei periodi di ferie che possono richiedere tempi più lunghi), alla tariffa di 75€ IVA compresa, incluso il costo della spedizione con raccomandata (obbligatoria)

I pagamenti dovranno essere effettuati sulla nostra piattaforma online con bonifico o carta di credito, allegando alla pratica la copia stessa del pagamento: <https://pay.fondazionesaluteanimale.it/PersonalData.aspx>

**I tempi di spedizione dei risultati, per quanto sia fatto il possibile per rispettarli, dando sempre precedenza alle pratiche urgenti, sono indicativi e non vincolanti, perché possono essere influenzati da problemi logistici involontari, da assenze di lettori ufficiali, o da periodi di ferie comunque preavvisati sul sito FSA <http://www.fsa-vet.it/>**

***NON SONO PERTANTO AMMISSIBILI RICHIESTE DI RIMBORSO IN CASO DI RITARDI.***

per un totale di Euro:                       55       75

10 Lussazione Rotula       20 Necrosi Asettica TF

Data .....      Firma .....

---

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali - "GDPR" - La informiamo che i Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della predetta normativa e solo per gestire la Sua richiesta.

Io sottoscritto, dopo aver letto l'informativa privacy sopra richiamata, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per procedere con l'invio della pratica FSA al mio indirizzo e alla fatturazione della pratica stessa.

Firma .....