



Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

(di seguito anche **Committente**), in qualità di

**Legale rappresentante** di: \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_

Iscritta al registro delle imprese di

\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

PIVA \_\_\_\_\_

Il quale è **proprietario** del seguente ruminante:

Nome \_\_\_\_\_

Specie \_\_\_\_\_

Razza \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

n. marca auricolare \_\_\_\_\_

(se **neonato**, ed al di sotto dei limiti di legge per la marcatura, riportare n. marca auricolare a lui destinata e numero di marca auricolare della madre)

Codice allevamento \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti sono punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia,

- 1) **incarica** il Dipartimento di Scienze Veterinarie (di seguito Dipartimento) di eseguire i trattamenti terapeutici e/o indagini diagnostiche del ruminante in base al preventivo visionato e firmato;
- 2) **si impegna** ad allegare al registro dei trattamenti del proprio allevamento la I.C.A. rilasciata al momento della dimissione;
- 3) **trasmette** il presente modulo a mezzo mail all'indirizzo: servizio.grossianimali@vet.unipi.it, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, **allegando copia di un documento di identità valido** prima dell'arrivo del ruminante presso le strutture del Dipartimento. In mancanza, il Dipartimento non accetterà l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere il ruminante nelle proprie strutture;
- 4) **allega copia del passaporto del ruminante se previsto** (segnalamento, numero marca auricolare, vaccinazioni, esami obbligatori per legge, trattamenti obbligatori per gli spostamenti);
- 5) **si impegna** a fornire ogni informazione anamnestica relativa allo stato di salute del ruminante;
- 6) **si impegna** a eseguire a buon fine il pagamento (a mezzo di contanti, assegno intestato a Dipartimento

Scienze Veterinarie, bancomat, carta di credito, bonifico bancario a favore del Dipartimento di Scienze Veterinarie. In mancanza, il Dipartimento non accetterà l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere il ruminante alle proprie strutture;

- 7) **si impegna** a eseguire a buon fine il pagamento del saldo dell'importo complessivo per le prestazioni rese **entro e non oltre l'atto di ritiro del ruminante** dalle strutture del Dipartimento.
- 8) **Espressamente riconosce che il Dipartimento:**
  - a. Non ammetterà nelle sue strutture i ruminanti per i quali non siano stati prodotti in copia i certificati di origine (passaporto) e di sanità;
  - b. Non accetterà l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere alle proprie strutture i ruminanti di clienti che risultino insolventi in tutto o in parte, in relazione ad altri rapporti giuridici di qualsiasi natura con il Dipartimento;
  - c. è espressamente esonerato da parte del Committente da qualsiasi responsabilità derivante da furto, sequestro, decesso. Il Committente dichiara di essere assicurato per i rischi di cui al punto 8.c.
- 9) **Convieni espressamente** che per qualsiasi causa o controversia è competente in via esclusiva e inderogabile il Foro di Pisa.
- 10) **Sottoscrivendo** il presente modulo acconsente al trattamento dei dati personali nel rispetto del GDPR), Regolamento UE n. 2016/679.

Il **Committente**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**TIMBRO**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Per accettazione espressa dei punti 8a, 8b, 8c e 10.

Il **Committente**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**TIMBRO**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Medico di riferimento (scritto in modo leggibile)

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_