



Solicitud de Reimpresión del Certificado de FAVN

The Rabies Laboratory
Kansas State University
2005 Research Park Circle
Manhattan, KS 66502

Phone: 785-532-4483
Fax : 785-532-4474
Email: rabies@vet.ksu.edu
www.vet.ksu.edu/rabies

La tarjeta de crédito será cobrada por \$47 USD por cada reimpresión. Nota: no incluye el costo del envío.

Tipo de Tarjeta:	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Discover
Número de Tarjeta:	_____			Fecha de Vencimiento (Mes/Año): _____/_____/_____
Nombre del Titular de la Tarjeta:	_____			
(exactamente como aparece en la tarjeta)				
Dirección de Facturación:	_____			
(Calle o Apartado)				
Ciudad:	_____	Estado/Prov.:	_____	País: _____
Código Postal:	_____			
Teléfono del Trabajo:	_____	Teléfono Residencial:	_____	
Firma del Titular de la Tarjeta:	_____	Fecha:	_____/_____/_____	(mm/dd/aaaa)
Incluir el(los) número(s) de microchip(s) de cada animal(es) solicitado(s):	_____			

Si esta es una transacción Internacional, favor de contactar a su compañía de tarjeta de crédito para autorizar este cobro. Los resultados serán enviados solamente a la clínica remitente sin importar quién pagó por la serología o envío, al menos de que la clínica remitente autorice el envío de los resultados a otro destino, por lo tanto, adjuntar una carta firmada de la clínica con esta autorización, incluyendo el número de microchip y la nueva dirección postal con el nombre del destinatario y número telefónico.

Selección de envío (Favor seleccionar UNO de los métodos para recibir sus resultados)

<input type="checkbox"/> Cobrar a la tarjeta de crédito citada \$55 USD, para el envío de resultados vía International Priority.
<input type="checkbox"/> Usar mi cuenta de envío con una compañía de Encomiendas y Mensajería para el envío de los resultados. El envío será cobrado solamente a números de cuenta y los resultados no serán enviados como “pago contra entrega”.
Cobrar mi cuenta con: _____ (Su compañía de Encomiendas y Mensajería)
Número de cuenta: _____
Nombre/Organización del Titular de Cuenta: _____
Información de contacto para este número de cuenta: Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Residencial: _____ Correo Electronico: _____
<input type="checkbox"/> Enviar Correo Postal Convencional sin costo adicional. No se puede rastrear.

Para Uso Del Laboratorio: Original Lab Number(s): _____
Receive Date: ____/____/_____ Date Processed: ____/____/_____ Staff Initials: _____ <input type="checkbox"/> NBR

Este formulario de Reimpresión constituye un contrato legal entre KSVDL – Laboratorio de Rabia y la clinica o laboratorio remitente. Todos los costos y honorarios incurridos son la responsabilidad de la clinica o laboratorio remitente.