



## INFORMACIÓN BÁSICA

### ENTIDADES VETERINARIAS POR PRIMERA VEZ

Agradecemos su preferencia y elección de nuestros servicios como **LABORATORIO CLÍNICO VETERINARIO ZOOLAVET**, y será un placer para nosotros trabajar con usted(es) en lo que a pruebas veterinarias se requiera.

A continuación solicitamos nos brinde(n) su información básica para el ingreso a nuestra base de datos:

**NOMBRE ESTABLECIMIENTO** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_

**TELEFONO FIJO** \_\_\_\_\_

**MOVIL- WHATSAPP** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO** \_\_\_\_\_

**MÉDICO VETERINARIO** \_\_\_\_\_

Igualmente requerimos los siguientes documentos:

**COPIA DE RUT**

**COPIA DE CAMARA DE COMERCIO** (donde especifique el nombre del establecimiento y su Nit)

**COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**COPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CONSTANCIA DE ASESORIA Y RESPALDO VETERINARIO**

**AUTORIZACIÓN DE TRANSMISION DE RESULTADOS** (formato anexo)

Nuevamente muchas gracias por su confianza y preferencia,

**¡¡BIENVENIDOS!!**

Cra 39 No. 5E-46 Local 3 Edificio Bachué, teléfonos 5534840-5534841-3827547  
Móvil 311-3093170, 3176367978. Correo Electrónico: [repcion@zoolabcolombia.net](mailto:repcion@zoolabcolombia.net)



## CONSTANCIA DE ASESORÍA Y RESPALDO

Yo, \_\_\_\_\_ Médico Veterinario identificado con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, asesoro y respaldo de manera \_\_\_\_\_ profesional al \_\_\_\_\_ centro veterinario \_\_\_\_\_ a partir del día \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_, por tal razón autorizo el envío de muestras a su laboratorio para realizar los exámenes necesarios para hacer los diagnósticos a los pacientes.

Se firma en la ciudad de Santiago de Cali, el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

FIRMA Y SELLO

<b>ZOOLAVET</b> Laboratorio Clínico Veterinario	<b>AUTORIZACION TRANSMISIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>CÓDIGO:</b>	F-GC-10
		<b>VERSIÓN:</b>	2
		<b>FECHA REVISIÓN:</b>	12/12/2017

Santiago de Cali, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Señores

Santiago de Cali

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, representante de la empresa \_\_\_\_\_, con NIT \_\_\_\_\_, autorizo la entrega de resultados vía telefónica, fax o correo electrónico y asumo cualquier responsabilidad originada por la transmisión de información por estos medios.

Cordialmente

Firma y sello