



FORMULARIO DE MUESTRAS

Nombre de Empresa: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

 Resultados: Email Correo Teléfono

(Escoja Uno)

Escoja la casilla del servicio que desea

	Tipo (especie) del Ave y Género	ID del Pajaro	Escoja la casilla del servicio que desea				Para Uso de la Oficina
			Sexaje de ADN	Polioma Virus	Virus BFD	Chlamydia Psittacai	
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Note: Para la prueba de Polioma se requiere una muestra de sangre (seca en la tarjeta). Para Chlamydia requerimos una muestra fecal.
 Para las pruebas de PFBD se requiere muestra de sangre y una pluma.
 Para las pruebas de sexaje de ADN, requerimos **2 plumas normales** o una gota de sangre seca en la tarjeta.

Opciones de Pago:

 Transferencia Bancaria: Bank of America Nombre de la Cta.: DNA SOLUTIONS
 Núm. de la Cta. 5491231603,
 Routing No. 026009593

 Visa Mastercard Cantidad total debida: _____
 Número de Tarjeta: _____ Fecha de Exp.: _____
 Nombre en Tarjeta: _____
 Firma: _____

 PayPal (paypal: dnapay@dnasolutions.org)