



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE VÉTÉRINAIRE
Faculté de médecine vétérinaire

Université 
de Montréal

Frozen semen shipping and storage form

Stallion's name : _____

Stallion's patient number (if available) : _____

Owner's name : _____

Client's number (if available) : _____

Address : _____

Phone number : _____ Email : _____

Semen straw's identification : _____

Number of sent doses : _____

Number of total sent straws : _____

Number of straw per insemination : _____

Shipping date : _____

Signature : _____

Please send this document to theriogenologie@chuv.umontreal.ca ou by fax at (450) 778-8118

Section reserved for the use of the Theriogenology Service of the CHUV

Date de réception : _____

Nom de la personne ayant pris réception de la commande : _____

Signature : _____