



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE VÉTÉRINAIRE
Faculté de médecine vétérinaire



Formulaire d'autorisation de transfert de semence congelée

Date effective du transfert (jj / mm / aaaa) : _____

_____ (propriétaire actuel de la semence) _____, autorise par la présente que
_____ (nb de doses) dose(s) de semence congelée de l'étalon _____ (nom de l'étalon) _____
_____ soient transférées au bénéficiaire suivant :

Nom du nouveau bénéficiaire des doses : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (cellulaire) : _____

Signature du propriétaire actuel de la semence

Veillez faire suivre ce document à theriogenologie@chuv.umontreal.ca ou par fax au (450) 778-8118

Section réservée à l'usage du Service de thériogénologie du CHUV

Numéro unique des tiges

No unique	Étalon