

Je soussigné(e) :				
	N° Capacitaire :			
Demeurant à :				
Code postal :	Ville :			
Tel fixe :	Tel mo	obile :		
Reconnais avoir cédé à :				
Demeurant à :				
Code postal :	Ville :			
☎ fixe :		bile :		
A titre : □ Définitif □ En pro	êt pour la reproduction Nom scientifique	M/F	Cadre légal (annexe CW)	Identification
<u>Documents délivrés</u> : □ 0	Certificat de cession	□ Certifi	cat de sexage	
□ Analyses labo. : PBFD du	, Chlamydiose	du	, Autres	
Fait le présent certificat pou	r servir et valoir ce que d	e droit à	•	le :
Signature du cédant :	Signature de l'acquéreur :			