FEDERACIÓN CANÓFILA MEXICANA

CERTIFICADO MÉDICO DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

EL PRESENTE CERTIFICADO DEBERÁ SER LLENADO POR EL MVZ OFICIAL AUTORIZADO POR LA FCM

DATOS DEL INSEMINADOR					
NOMBRE:					
CLÍNICA:			CED. PROF.		
DIRECCIÓN:	CALLE		COLONIA		
	ESTADO		CIUDAD		
TELÉFONO				NUM. MVZ OFICIAL FCM	
E-MAIL			C.P.		

DATOS DEL DONADOR DE SEMEN					
NOMBRE:					
RAZA:		REG. FCM.		No. MICROCHIP	
COLOR:					
VARIEDAD:		ADN			
TIPO SEMEN	FRESCO	REFRIGERADO		CONGELADO	
SEMENTAL	VIVO / MUERTO	FECHA DE COLECCIÓN O CONGELACIÓN	DIA/	MES/	AÑO/
PAIS Y BANCO DE PROCEDENCIA				NUM PAJILLAS	
PROPIEDAD DE:					
APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE		NUM.SOCIO
DIRECCIÓN:	PAIS		ESTADO		
CIUDAD		COLONIA		C.P	
CALLE		E-MAIL		TEL.-	

DATOS DE LA HEMBRA					
NOMBRE:					
RAZA:		REG. FCM		No. MICROCHIP	
COLOR:		VARIEDAD			
ADN					
PROPIEDAD DE:					
APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE		NUM. SOCIO

CERTIFICO QUE EL (LOS) DÍA (DÍAS) _____

LA HEMBRA, FUE INSEMINADA CON EL SEMEN PROVENIENTE DEL MACHO ANTES DESCRITO, MEDIANTE LA TECNICA:

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

FIRMA DEL MVZ INSEMINADOR

EN CASO DE PRESENTAR ENMENDADURAS O TACHADURAS, ESTE CERTIFICADO SERÁ INVALIDO