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