

WETERYNARYJNE ZAŚWIADCZENIE
DLA DOMOWYCH PSÓW, KOTÓW I FRETEK WJEŹDŻAJĄCYCH DO
WSPÓLNOTY EUROPEJSKIEJ
STOSOWANE DLA PRZEMIESZCZEŃ O CHARAKTERZE NIEHANDLOWYM
(Rozporządzenie (WE) nr 998/2003)

*VETERINARY CERTIFICATE FOR DOMESTIC DOGS, CATS AND FERRETS ENTERING THE
EUROPEAN COMMUNITY FOR NON-COMMERCIAL MOVEMENTS (Regulation (EC) No 998/2003)*

KRAJ wysyłający zwierzę *COUNTRY of dispatch of the animal:* _____

Numer porządkowy zaświadczenia *Serial Number of the Certificate:*

I. WŁAŚCICIEL/OSOBA ODPOWIEDZIALNA TOWARZYSZĄCA ZWIERZĘCIU

OWNER/RESPONSIBLE PERSON ACCOMPANYING THE ANIMAL

Imię *First-Name:*

Nazwisko *Surname:*

Adres *Address:*

Kod pocztowy *Post-Code:*

Miasto *City:*

País *Country:*

Telefon *Telephone:*

II. OPIS ZWIERZĘCIA *DESCRIPTION OF THE ANIMAL*

Gatunek *Species:*

Rasa *Breed:*

Płeć *Sex:*

Sierść (kolor i rodzaj) *Coat (colour and type):*

Data oszczenienia/okocenia *Date of birth:*

III. IDENTYFIKACJA ZWIERZĘCIA *IDENTIFICATION OF THE ANIMAL*

Numer mikroczipa *Microchip Number:*

Umiejscowienie mikrochipa *Location of Microchip:*

Data wszczepienia mikrochipa *Date of Microchipping:*

Numer tatuażu *Tattoo Number:*

Data tatuowania *Date of Tattooing:*

IV. SZCZEPIENIE PRZECIWKO WŚCIEKLIŹNIE *VACCINATION AGAINST RABIES*

Producent i nazwa szczepionki

Manufacturer and name of vaccine:

Numer partii

Batch Number:

Data szczepienia

Vaccination date:

Ważne do

Valid until:

V. PRÓBA SEROLOGICZNA WŚCIEKLIŹNY (jeśli wymagana) *RABIES SEROLOGICAL TEST (when required)*

Widziałem urzędowy zapis wyniku próby serologicznej dla zwierzęcia, przeprowadzonej na próbce pobranej w dniu (dd/mm/rrrr) _____ i określonej w laboratorium zatwierdzonym przez UE, który to wynik podaje, że miano dla przeciwciał neutralizujących wściekliznę było równe lub większe niż 0,5 j.m./ml.

I have seen an official record of the result of a serological test for the animal, carried out on a sample taken on (dd/mm/yyyy) _____, and tested in an EU-approved laboratory, which states that the rabies neutralising antibody titre was equal to or greater than 0.5 IU/ml.

URZĘDOWY LEKARZ WETERYNARII LUB LEKARZ WETERYNARII UPRAWNIONY PRZEZ

WŁAŚCIWE WŁADZE* (w ostatnim przypadku zaświadczenie musi być potwierdzone przez właściwe władze)

OFFICIAL VETERINARIAN OR VETERINARIAN AUTHORISED BY THE COMPETENT AUTHORITY (in the latter case, the competent authority must endorse the certificate)*

Imię *First-Name:*

Nazwisko *Surname:*

Adres *Address:*

PODPIS, DATA I PIECZĘĆ *SIGNATURE, DATE & STAMP:*

Kod pocztowy *Post-Code:*

Miasto *City:*

Kraj *Country:*

Telefon *Telephone:*

* Odpowiednio skreślić *Delete as applicable*

POTWIERDZENIE PRZEZ WŁAŚCIWE WŁADZE (Niewymagane, jeśli zaświadczenie jest podpisane przez urzędowego lekarza weterynarii) *ENDORSEMENT BY THE COMPETENT AUTHORITY* (Not necessary when the certificate is signed by an official veterinarian)

DATA I PIECZĘĆ *DATE & STAMP*:

VI. LECZENIE PRZECIWKLESZCZOWE (jeśli wymagane) *TICK TREATMENT (when required)*

Producent i nazwa produktu *Manufacturer and name of product*:

Data i czas leczenia (dd/mm/rrrr + liczba cykli 24-godzinnych) *Date and time of treatment (dd/mm/yyyy + 24-hour clock)*:

Imię i nazwisko lekarza weterynarii *Name of Veterinarian*:

Adres *Address*:

Kod pocztowy *Post-Code*:

Miasto *City*:

Kraj *Country*:

Telefon *Telephone*:

PODPIS, DATA I PIECZĘĆ *SIGNATURE, DATE & STAMP*:

VII. LECZENIE PRZECIW BĄBLOWCOWI (jeśli wymagane) *ECHINOCOCCUS TREATMENT (when required)*

Producent i nazwa produktu *Manufacturer and name of product*:

Data i czas leczenia (dd/mm/rrrr + liczba cykli 24-godzinnych) *Date and time of treatment (dd/mm/yyyy + 24-hour clock)*:

Imię i nazwisko lekarza weterynarii *Name of Veterinarian*:

Adres *Address*:

Kod pocztowy *Post-Code*:

Miasto *City*:

Kraj *Country*:

Telefon *Telephone*:

PODPIS, DATA I PIECZĘĆ *SIGNATURE, DATE & STAMP*:

UWAGI Z ZAKRESU PORADNICTWA

1. Przed wszelkimi wpisami na zaświadczeniu musi być dokonana weryfikacja identyfikacji zwierzęcia (tatuż lub mikrochip).
2. Zastosowana szczepionka przeciw wściekliznie musi być nieaktywowaną szczepionką wyprodukowaną zgodnie z normami Światowej Organizacji ds. Zdrowia Zwierząt (OIE).
3. Zaświadczenie jest ważne przez 4 miesiące po podpisaniu przez urzędowego lekarza weterynarii lub po potwierdzeniu przez właściwe władze, lub do dnia upływu ważności szczepienia wykazanego w części IV, bez względu na to, co jest wcześniejsze.
4. Zwierzęta z państw trzecich lub przygotowywane w państwach trzecich niewyszczególnionych w załączniku II rozporządzenia (WE) nr 998/2003 mogą nie zostać wpuszczone do Irlandii, Malty, Szwecji lub Zjednoczonego Królestwa, albo bezpośrednio, albo przez inne państwo wyszczególnione w załączniku II, o ile nie będą zgodne z przepisami krajowymi.
5. Dokumentacja źródłowa lub jej uwierzytelniona kopia zawierająca szczegółowe informacje identyfikujące zwierzę, którego dotyczy dane zaświadczenie, informacje szczegółowe o szczepieniu i wynik próby serologicznej muszą być dołączone do niniejszego zaświadczenia.

NOTES FOR GUIDANCE

1. Identification of the animal (tattoo or microchip) must have been verified before any entries are made on the certificate.
2. The rabies vaccine used must be an inactivated vaccine produced in accordance with OIE standards.
3. The certificate is valid for 4 months after signature by the official veterinarian or endorsement by the competent authority, or until the date of expiry of the vaccination shown in Part IV, which ever is earlier.
4. Animals from, or prepared in, third countries not listed in Annex II of regulation (EC) No 998/2003, may not enter Ireland, Malta, Sweden or the UK, either directly or via another country listed in Annex II unless brought into conformity with National Rules.
5. This certificate must be accompanied by supporting documentation, or a certified copy thereof, including the identification details of the animal concerned, vaccination details and the result of the serological test.

WARUNKI STOSOWANIA (Rozporządzenie (WE) nr 998/2003)

- A) WJAZD DO PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO INNEGO NIŻ IRLANDIA, MALTA, SZWECJA I ZJEDNOCZONE KRÓLESTWO**
- 1) z państwa trzeciego wyszczególnionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: muszą być wypełnione części I, II, III i IV (oraz VII dla Finlandii)
W przypadku kolejnego przemieszczenia do Finlandii – część VII, a do Irlandii, Malty, Szwecji lub Zjednoczonego Królestwa – części V, VI i VII muszą być wypełnione stosownie do przepisów krajowych, mogą być one wypełnione w państwie wyszczególnionym w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003.
 - 2) z państwa trzeciego niewyszczególnionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: muszą być wypełnione części I, II, III, IV i V (oraz VII dla Finlandii). Próbką, o której mowa w części V, musi być pobrana wcześniej niż 3 miesiące przed wjazdem. Dla kolejnego przemieszczenia do Irlandii, Malty, Szwecji lub Zjednoczonego Królestwa – Patrz uwaga 4. W przypadku kolejnego przemieszczenia do Finlandii musi być wypełniona część VII (patrz pkt A ppkt 1 powyżej).
- B) Wjazd do Irlandii, Malty, Szwecji i Zjednoczonego Królestwa**
- 1) z państwa trzeciego wyszczególnionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: muszą być wypełnione części I, II, III, IV, V, VI i VII (części III, V, VI i VII zgodnie z przepisami krajowymi).
 - 2) z państwa trzeciego niewyszczególnionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: zaświadczenie nie jest ważne patrz uwaga 4.

Conditions Applying (Regulation (EC) No 998/2003)

- A) ENTRY IN A MEMBER STATE OTHER THAN IRELAND, MALTA, SWEDEN AND UNITED KINGDOM**
- 1) from a third country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003: Parts I, II, III, and IV must be completed (and VII for Finland). In case of a subsequent movement to Finland, Part VII and to Ireland, Malta, Sweden or United Kingdom, Parts V, VI and VII must be completed in compliance with national rules, and may be completed in a country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003.
 - 2) from a third country not listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003: Parts I, II, III, IV and V must be completed (and VII for Finland). The sample referred to in part V must have been taken more than 3 months before the entry. For subsequent movement to Ireland, Malta, Sweden or UK - See Note 4. In case of a subsequent movement to Finland, Part VII must be completed (see A)1) above)
- B) ENTRY IN IRELAND, MALTA, SWEDEN AND UNITED KINGDOM**
- 1) from a third country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003: Parts I, II, III, IV, V, VI and VII must be completed (parts III, V, VI and VII complying with national rules)
 - 2) a third country not listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003: The certificate is not valid - See Note 4