

ŚWIADECTWO WETERYNARYJNE
Dla domowych kotów, psów i frotek wwożonych do Wspólnoty
Europejskiej przy przewozach komercyjnych
(Rozporządzenie (We) nr 998/2003)
VETERINARY CERTIFICATE for domestic cats, dogs and ferrets entering the
European Community for commercial movements (Regulation (EC) No 998/2003)

Numer seryjny świadectwa / Serial No of the certificate:

I. MIEJSCE SPEDYCJI ZWIERZĘCIA / PLACE OF DISPATCH OF THE ANIMAL

Adres / Address:

Kod pocztowy / Post code:

Miejscowość / City:

Kraj(1) / Country(1):

II. PUNKT DOCELOWY PRZEWOZU ZWIERZĘCIA / DESTINATION OF THE ANIMAL

Środek transportu(2) / Means of transportation (2):

kolei / rail

samochód / road

samolot /aircraft

łódź/statek / boat / ship

Adres / Address

Kod pocztowy / Post code:

Miejscowość / City:

Kraj(1) / Country(1):

III. NADAWCA / CONSIGNOR

Imię / First name:

Nazwisko / Surname:

Adres / Address:

Kod pocztowy / Post code:

Miejscowość / City:

Kraj(1) / Country(1):

Telefon / Telephone:

IV. ODBIORCA / COSIGNEE

Imię / First name:

Nazwisko / Surname

Adres / Address:

Kod pocztowy / Post code:

Miejscowość / City:

Kraj(1) / Country(1):

Telefon / Telephone:

V. OPIS ZWIERZĘCIA / DESCRIPTION OF THE ANIMAL

Gatunek(2) / Species: pies/dog / kot/cat /fretka/ferret

Rasa / Breed:

Płeć / Sex(2): M Ż/F

Data urodzenia(3) / Date of birth(3):

Umaszczenie (kolor i rodzaj) /

Coat (colour and type) :

VI. IDENTYFIKACJA ZWIERZĘCIA / IDENTITYFICATION OF THE ANIMAL

Numer mikroczipu / Microchip No:

Położenie mikroczipu / Location microchip:

Data wprowadzenia mikroczipu (3) /

Date of microchipping (3) :

Numer tatuażu / Tattoo No:

Położenie tatuażu / Location of tattoo:

Data wykonania tatuażu (3) /

Date of tattooing(3):

VII. SZCZEPIENIA PRZECIW WŚCIEKLIŹNIE / VACCINATION AGAINST RABIES

Producent i numer szczepionki / Manufacturer and name of vaccine:

Numer serii / Batch No:

Data szczepienia(3) /
Vaccination date(3):

Data ważności /
Valid until(3):

VIII. TEST SEROLOGICZNY W KIERUNKU WŚCIEKLIŹNY (jeśli wymagane – wykreślić w przypadku braku świadectwa) / RABIES SEROLOGICAL TEST (strike out when not certified)

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z oficjalnym zapisem wyników testu serologicznego zwierzęcia, przeprowadzonego z próbki pobranej w dniu _____(3) i wykonanego w laboratorium posiadającym świadectwo UE, według którego miano przeciwciał przeciw wściekliczynie było równe lub większe 0,5 IU/ml / I have seen an official record of a serological test for the animal, carried out on a sample taken on _____(3), 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

IX. BADANIE KLINICZNE / CLINICAL EXAMINATION

Oświadczam, że obecnie zwierzę nie wykazuje objawów klinicznych i może być przewożone. /

I declare that the animal is at present free of clinical signs and transportable.

X. KURACJA PRZECIW KLESZCZOM (jeśli wymagane - wykreślić w przypadku braku świadectwa) / TICK TREATMENT (when required - stricke out when not certified)

Producent i nazwa produktu / Manufacturer and name of product :

Data (3) i godzina podania (wg zegara 24-godzinnego) /

Date (3) and time of treatment (24- hour clock):

XI. KURACJA PRZECIW TASIEMCOM (jeśli wymagane - wykreślić w przypadku braku świadectwa) / ECHINOCOCCUS TREATMENT (when required - strike out when not certified)	
Producent i nazwa produktu / Manufacturer and name of product :	
Data (3) i godzina podania (wg zegara 24-godzinnego) / Date (3) and time of treatment (24- hour clock):	

NAZWA I KWALIFIKACJE WYSTAWCY ŚWIADECTWA (upoważniony lekarz weterynarii/urzędowy lekarz weterynarii) / NAME AND QUALIFICATION OF THE UNDERSIGNED (approved veterinarian/official veterinarian)	
Imię / First name:	Nazwisko / Surname:
Adres / Address:	Podpis, Data(3) i pieczęć / Signature, Date(3) and stamp:
Kod pocztowy / Post code:	
Miejscowość / City:	
Kraj(1) / Country(1):	
Telefon /Telephone:	

UWAGI POMOCNICZE / NOTES FOR GUIDANCE

1. Identyfikacja zwierzęcia (tatuż lub mikroczip) musi zostać sprawdzona przed dokonaniem jakichkolwiek zapisów na świadectwie. / Identification of the animal (tattoo or microchip) must be verified before any entries are made on the certificate.
2. Stosowana szczepionka przeciw wściekliznie musi być nieaktywną szczepionką wyprodukowaną zgodnie ze standardami OIE / The rabies vaccine used must be an inactivated vaccine produced in accordance with OIE standards.
3. Świadectwo jest **ważne przez 4 miesiące od daty podpisania** przez licencjonowanego lub uprawnionego weterynarza lub do daty wygaśnięcia ważności szczepionki wymienionej w części IV, w zależności od tego, która data jest wcześniejsza. / The certificate shall be **valid for four months from the date of signature** by the approved or official veterinarian or until the date of expiry of the vaccination shown in Part IV, whichever is earlier.
4. Zwierzęta pochodzące z lub przygotowywane w państwach trzecich niewymienionych w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003 nie mogą być wwożone do Irlandii, Szwecji lub Zjednoczonego Królestwa, ani bezpośrednio, ani przez inny kraj wymieniony w załączniku II, do chwili, aż będą spełniały warunki przepisów krajowych. / Animal from, or prepared in, third countries not listed in Annex II to Regulation (EC) No 998/2003, may not enter Ireland, Sweden or the United Kingdom, either directly or via another country listed in Annex II unless brought into conformity with National Rules.
5. **Badanie kliniczne (część IX) musi być przeprowadzone w ciągu 24 godzin przed przewozem.** / **The clinical examination (Part IX) must be done within 24 hours before movement.**
6. **Części, w przypadku których nie ma świadectwa, muszą zostać wykreślone.** / **Parts not certified must be struck out.**

**WARUNKI MAJĄCE ZASTOSOWANIE (Rozporządzenie (WE) nr 998/2003) /
APPLICABLE CONDITIONS (Regulation (EC) No 998/2003)**

- A) WWÓZ DO PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO INNEGO NIŻ IRLANDIA, SZWECJA CZY ZJEDNOCZONE KRÓLESTWO / ENTRY IN A MEMBER STATE OTHER THAN IRELAND, SWEDEN AND UNITED KINGDOM
1. Z państwa trzeciego wymienionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: muszą zostać wypełnione części I do VII i IX (oraz XI w przypadku Finlandii). / from a third country listed in Annex II to Regulation (EC) No 998/2003: Parts I to VII and IX must be completed (and XI for Finland).
 2. Z państwa trzeciego niewymienionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: Muszą zostać wypełnione części I do IX (oraz XI w przypadku Finlandii). Próbką wymienioną w części VIII musi być pobrana nie wcześniej niż 3 miesiące od daty wjazdu. / from a third country not listed in Annex II to Regulation (EC) No 998/2003: Parts I to IX must be completed (and XI for Finland). The sample referred to in Part VIII must have been taken more than three months before the date of entry.
- B) WJAZD DO IRLANDII, SZWECJI I ZJEDNOCZONEGO KRÓLESTWA / ENTRY IN IRELAND, SWEDEN AND UNITED KINGDOM
1. Z państwa trzeciego wymienionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: muszą zostać wypełnione części I do XI (części VI, VII, X i XI zgodnie z przepisami krajowymi) / from a third country listed in Annex II to Regulation (EC) No 998/2003: Parts I to XI must be completed (Parts VI, VIII, X and XI complying with national rules).
 2. Z państwa trzeciego wymienionego w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 998/2003: świadectwo nie jest ważne- Zob. uwaga 4. / from a third country not listed in Annex II to Regulation (EC) No 998/2003: The certificate is not valid – See Note 4.

(1) Dodać kod ISO /
(1) Add ISO code

(2) Niepotrzebne skreślić /
(2) Delete as applicable

(3) dd/mm/rrrr /
(3) dd/mm/yyyy