.....

Pieczątka praktyki kolumbopatologicznej
(Stamp of columbopathological practice)

ŚWIADECTWO SZCZEPIENIA GOŁĘBI (PIGEONS VACCINATION CERTIFICATE)

Numer świadectwa szczepienia:
Ref. no. of vaccination certificate:

POCHODZENIE GOŁĘBI / *ORIGIN OF PIGEONS*

Posiadacz zwierząt / *Owner of the animals*

_____

(Nazwisko i Imię, adres oraz identyfikacja stada gołębi / *Name, address and identification of pigeons flocks)*

POŚWIADCZENIE SZCZEPIENIA / *VACCINATION ATTESTATION*

Ja, niżej podpisany lekarz weterynarii, zaświadczam, iż wymienione poniżej gołębie, spełniają poniższe warunki:

I, the undersigned veterinarian declare that the pigeons meet the folowing requirements:

1. **Gołębie są regularnie badane przez lekarza weterynarii oraz gwarantuje się, iż ptaki te** / *pigeons are regulary examined by veterinarian to guaratntee that this animals;*

   - są zidentyfikowane zgodnie z przepisami UE dotyczącymi identyfikacji i rejestracji zwierząt / *are indetified according to EU requirements regarding identification and registration of animals;*

   - zostały zarejestrowane w sposób umożliwiający zidentyfikowanie hodowli / *are registred to allow tracing them to the holding or centre (organization) of provenance;*

2. **Gołębie są utrzymywane w warunkach zapewniających ich dobrostan** / *pigeons are kept in conditions respecting their welfare requirements;*

   Zwierzęta pochodzą z gospodarstwa wolnego od chorób zaraźliwych oraz zoonoz / *the animals come from a holding, which was free from contagious and zoonotic diseases;*

1. IDENTYFIKACJA GOŁĘBI / *IDENTIFICATION OF PIGEONS*

Lp	Numer obrączki / *Ring number*	Płeć / *Sex*	Wiek / *Age*	Barwa / *Color*	Uwagi / *Remarks*

CIĄG DALSZY LISTY NA ODWROCIE

Lp	Numer obrączki / *Ring number*	Płeć / *Sex*	Wiek / *Age*	Barwa / *Color*	Uwagi / *Remarks*

Wszystkie gołębie w hodowli zostały zaszczepione przeciwko paramyksowirozie wywoływanej przez paramyxovirus serotypu 1 (APMV-1) w wieku _____ tygodni życia, przy użyciu szczepionki inaktywowanej oficjalnie zarejestrowanej o nazwie _____ seria nr _____ termin przydatności _____; zgodnie z deklaracją producenta szczepionka zapewnia wytworzenie efektywnej odporności na okres przynajmniej 12 miesięcy

Niniejsze świadectwo zdrowia jest ważne w sezonie lotowym _____

*_____, dn._____

_____

Pieczątka i podpis lekarza weterynarii