

Pieczętka praktyki kolumbopatologicznej
Stamp of columbopathological practice

ŚWIADECTWO SZCZEPIENIA GOŁĘBI
PIGEONS VACCINATION CERTIFICATE

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

I. Identyfikacja gołębi/Identification of pigeons

L.p.	Numer obrączki/Ring Number	Płeć/Sex	Wiek/Age	Barwa/Color	Uwagi/Remarks

II. 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)

III. Poświadczenie szczepienia /Vaccination attestation

Ja, niżej podpisany lekarz weterynarii zaświadczam, iż wymienione powyżej gołębie spełniają poniższe warunki/
I, the undersigned veterinarian declare that the above pigeons meet the following requirements:

- gołębie są regularnie badane przez lekarza weterynarii oraz gwarantuje się, iż ptaki tel pigeons are regularly examined by veterinarian to guarantee that this animals:
 - są zidentyfikowane zgodnie z przepisami UE dotyczącymi identyfikacji i rejestracji zwierząt/are identified according to EU requirements regarding identification and registration of animals;
 - zostali zarejestrowani w sposób pozwalający na zidentyfikowanie hodowli /are registered to allow tracing them to the holding or centre (organization) of provenance;
- 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;
- Wszystkie gołębie w hodowli zostały zaszczepione przeciwko paramyksowirozowi wywołanej przez paramyxovirus serotypu 1 (APMV-1) w wiekutygodni 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/ All birds in the holding of provenance were vaccinated against avian paramyxovirus caused by paramyxovirus serotype 1 (APMV-1) at weeks of age with an inactivated officially registered vaccine.....Batch numberValidity.....; according to the information of the producer, vaccine given an effective protection for at least 12 months).

Niniejsze świadectwo zdrowia jest ważne w sezonie lotowym/This certificate is valid for race season

Sporządzono w/Done at _____, dnia/on _____
(miejscowość/place) (data/date)

(podpis lekarza weterynarii/signature of the veterinarian) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Podpis i pieczętka muszą mieć kolor inny niż kolor druku/The signature and the stamp must be in a colour different to that of the printing.