

Wzór paszportu wydanego w państwie członkowskim





**Unia Europejska**  
**[państwo członkowskie]**

# **PASZPORT ZWIERZĘCIA DOMOWEGO**

Kod ISO państwa + numer

Strona 1  
z X

## **Noty wyjaśniające do wypełniania paszportu**

- We wszystkich sekcjach paszportu stosuje się następujący format do oznaczenia:
  - daty: dd/mm/rrrr
  - godziny: 00:00
- Sekcja III, pkt 5: informacje wymagane, jeśli zwierzę posiada tatuaż wyraźnie czytelny i wykonany przed dniem 3 lipca 2011 r., a nie jest oznakowywane poprzez wszczęcie transpondera.
- Sekcja V: wymagana wyłącznie:
  - przed przemieszczeniem do innego państwa członkowskiego zgodnie z przepisami UE w zakresie zdrowia zwierząt, lub
  - jeśli zwierzę ponownie wjeżdża do Unii po przemieszczeniu do terytoriów lub państw trzecich zgodnie z przepisami UE w zakresie zdrowia zwierząt (należy wypełnić, zanim zwierzę opuści Unię, lub
  - zgodnie z przepisami krajowymi.
- Sekcja V, „WAŻNE OD<sup>2</sup>”: informacja nie jest wymagana przy dawkach przypominających.

Kod ISO państwa + numer

### Noty wyjaśniające do wypełniania paszportu

- Sekcja VI: wymagana wyłącznie, jeśli zwierzę jest ponownie wprowadzane do Unii po przemieszczeniu do określonych terytoriów lub państw trzecich zgodnie z przepisami UE w zakresie zdrowia zwierząt (należy wypełnić, zanim zwierzę opuści Unię).
- Sekcja VII: wymagana wyłącznie przed przemieszczeniem do określonych państw członkowskich zgodnie z przepisami UE w zakresie zdrowia zwierząt.
- Sekcje VIII–XI: mogą być wymagane przez terytoria lub państwa trzecie przeznaczenia, które akceptują paszport.
- Sekcja X: wymagana wyłącznie, jeśli zwierzęciu towarzyszy świadectwo zdrowia zgodnie z przepisami UE w zakresie zdrowia zwierząt.
- Sekcja XII: dodatkowe informacje wymagane na mocy przepisów krajowych.

Kod ISO państwa + numer

### I. DANE WŁAŚCIELA

1. Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_

Państwo: \_\_\_\_\_

Numer telefonu\*: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

2. Imię: \_\_\_\_\_

Surname: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_

Państwo: \_\_\_\_\_

Numer telefonu\*: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

\* Nieobowiązkowo.

Kod ISO państwa + numer

## II. OPIS ZWIERZĘCIA

ZDJĘCIE ZWIERZĘCIA  
(nieobowiązkowo)

1. Imię\*: \_\_\_\_\_
2. Gatunek: \_\_\_\_\_
3. Rasa\*: \_\_\_\_\_
4. Płeć \_\_\_\_\_
5. Data urodzenia\*: \_\_\_\_\_
6. Ubarwienie: \_\_\_\_\_
7. Wszelkie cechy charakterystyczne bądź wyróżniające lub znaki szczególne: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Podane przez właściciela.

Kod ISO państwa + numer

## III. OZNAKOWANIE ZWIERZĘCIA

1. Kod alfanumeryczny transpondera  
\_\_\_\_\_
2. Data wszczępienia lub odczytu\* transpondera  
\_\_\_\_\_
3. Umiejscowienie transpondera  
\_\_\_\_\_
4. Kod alfanumeryczny tatuażu  
\_\_\_\_\_
5. Data wykonania/data odczytu tatuażu  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
6. Umiejscowienie tatuażu  
\_\_\_\_\_

**Oznaczenie musi zostać zweryfikowane przed dokonaniem jakiegokolwiek nowego wpisu do niniejszego paszportu**

\* Niepotrzebne skreślić.

Kod ISO państwa + numer

**IV. WYDANIE PASZPORTU**

Imię i nazwisko upoważnionego lekarza weterynarii: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_

Państwo: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Data wystawienia: \_\_\_\_\_

PIECZĘĆ I  
PODPIS

Kod ISO państwa + numer

**V. SZCZEPIONIE PRZECIWKO WŚCIEKLIŹNIE**

	PRODUCENT I NAZWA SZCZEPIONKI	NUMER PARTII	DATA SZCZEPIONIA <sup>1</sup> WAŻNE OD <sup>2</sup> WAŻNE DO <sup>3</sup>	UPOWAŚNIONY LEKARZ WETE- RYNARII
Kod ISO państwa + numer			1	<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; width: 80px; margin: 0 auto;">*</div>
			2	
			3	
			1	<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; width: 80px; margin: 0 auto;">*</div>
			2	
			3	

\* Przynajmniej imię, nazwisko, adres, numer telefonu i podpis.

Kod ISO państwa + numer		1	*
		2	
		3	
		1	*
		2	
		3	
		1	*
		2	
		3	

\* Przynajmniej imię, nazwisko, adres, numer telefonu i podpis.

Kod ISO państwa + numer	<b>VI. BADANIE POZIOMU PRZECIWCIAŁ PRZECIWKO WŚCIEKLIŹNIE METODĄ MIARECZKOWANIA</b>	
	<p>Ja, niżej podpisany, potwierdzam, że przedstawiono mi urzędową dokumentację stwierdzającą, że badanie poziomu przeciwciał przeciwko wściekliwości metodą miareczkowania przeprowadzone w zatwierdzonym laboratorium UE na próbce krwi pobranej w dniu podanym poniżej od opisanego wżej zwierzęcia wykazało reakcję na szczepienie przeciwko wściekliwości przy poziomie przeciwciał neutralizujących w surowicy krwi wynoszącym co najmniej 0,5 j.m./ml.</p>	
	Próbka pobrana dnia: _____	
	Imię i nazwisko upoważnionego lekarza weterynarii: _____	
	Adres: _____ _____	
	Numer telefonu: _____	
	Data: _____	

*PIECZĘĆ I PODPIS*

### W PRZYPADKU DALSZEGO BADANIA

Ja, niżej podpisany, potwierdzam, że przedstawiono mi urzędową dokumentację stwierdzającą, że badanie poziomu przeciwciał przeciwko wścieklźnie metodą miareczkowania przeprowadzone w zatwierdzonym laboratorium UE na próbce krwi pobranej w dniu podanym poniżej od opisanego wżej zwierzęcia wykazało reakcję na szczepienie przeciwko wścieklźnie przy poziomie przeciwciał neutralizujących w surowicy krwi wynoszącym co najmniej 0,5 j.m./ml.

Próbka pobrana dnia: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko upoważnionego lekarza weterynarii: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

PIECZEĆ I PODPIS

Kod ISO państwa + numer

### VII. LECZENIE PRZECIWKO *ECHINOCOCCUS*

PRODUCENT I  
NAZWA PRODUKTU

DATA<sup>1</sup>  
GODZINA<sup>2</sup>

LEKARZ WETE-  
RYNARII

1

2

PIECZEĆ I  
PODPIS

1

2

PIECZEĆ I  
PODPIS

1

2

PIECZEĆ I  
PODPIS

Kod ISO państwa + numer

Kod ISO państwa + numer	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZEĆ I PODPIS</i>
		2 <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZEĆ I PODPIS</i>
		2 <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZEĆ I PODPIS</i>
	2 <input type="text"/>		
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZEĆ I PODPIS</i>	
	2 <input type="text"/>		

VIII. INNE LECZENIE PRZECIWPASOŻYTNICZE		
PRODUCENT I NAZWA PRODUKTU	DATA <sup>1</sup> GODZINA <sup>2</sup>	LEKARZ WETERYNARII
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZEĆ I PODPIS</i>
	2 <input type="text"/>	
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZEĆ I PODPIS</i>
	2 <input type="text"/>	
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZEĆ I PODPIS</i>
	2 <input type="text"/>	



Kod ISO państwa + numer	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZĘĆ I PODPIS</i>
		2 <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZĘĆ I PODPIS</i>
		2 <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZĘĆ I PODPIS</i>
	2 <input type="text"/>		
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZĘĆ I PODPIS</i>	
	2 <input type="text"/>		

IX. INNE SZCZEPIONKI			
PRODUCENT I NAZWA SZCZEPIONKI	NUMER PARTII	DATA SZCZEPIONIA <sup>1</sup> WAŻNE DO <sup>2</sup>	LEKARZ WETERYNARII
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZĘĆ I PODPIS</i>	
	2 <input type="text"/>		
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZĘĆ I PODPIS</i>	
	2 <input type="text"/>		
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	<i>PIECZĘĆ I PODPIS</i>	
	2 <input type="text"/>		

Kod ISO państwa + numer	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	PIECZEĆ I PODPIS
	<input type="text"/>	2 <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	PIECZEĆ I PODPIS
	<input type="text"/>	2 <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	PIECZEĆ I PODPIS
<input type="text"/>	2 <input type="text"/>		
<input type="text"/>	1 <input type="text"/>	PIECZEĆ I PODPIS	
<input type="text"/>	2 <input type="text"/>		

X. BADANIE FIZYKALNE		
OŚWIADCZENIE	DATA	UPOWAŚNIONY LEKARZ WETERYNARII
Zwierzę nie wykazuje żadnych objawów chorób i jest w stanie kwalifikującym je do planowanego przewozu	<input type="text"/>	*
Zwierzę nie wykazuje żadnych objawów chorób i jest w stanie kwalifikującym je do planowanego przewozu	<input type="text"/>	*
Zwierzę nie wykazuje żadnych objawów chorób i jest w stanie kwalifikującym je do planowanego przewozu	<input type="text"/>	*
Zwierzę nie wykazuje żadnych objawów chorób i jest w stanie kwalifikującym je do planowanego przewozu	<input type="text"/>	*

\* Przynajmniej imię, nazwisko, adres, numer telefonu i podpis.



