**Pieczątka praktyki kolumbopatologicznej**

Stamp of columbopathological practice

*ŚWIADECTWO SZCZEPIENIA GOŁĘBI*

*PIGEONS VACCINATION CERTIFICATE*

**Numer świadectwa szczepienia** *Ref. no. of vaccination certificate*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Identyfikacja gołębi/*Identification of pigeons***

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

1. **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)*

1. **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:*

**1. gołębie są regularnie badane przez lekarza weterynarii oraz gwarantuje się , iż ptaki te/** *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;*

**- zostały zarejestrowane w sposób pozwalający na zidentyfikowanie hodowli /***are registered 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;*

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

**4. Wszystkie gołębie w hodowli zostały zaszczepione przeciwko paramyksowirozie wywoływanej przez paramyxovirus serotypu 1 (APMV-1) w wieku …………tygodni życia, przy użyciu szczepionki inaktywowanej oficjalnie zaresjestrowanej 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 paramyxovirosis caused by paramyxovirus serotype 1 (APMV-1) at ………….. weeks of age with an inactivated officialy registered vaccine…………………….Batch number …………..Validity………………………; 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 pieczątka muszą mieć kolor inny niż kolor druku***/The signature and the stamp must be in a colour different to that of the printing.*