

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:*

*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 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 *lare 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 zaszczone przeciwko paramyksowirozie wywołanej 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/ *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 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* \_\_\_\_\_  
(miejsowość/*place*) (data/*date*)

\_\_\_\_\_  
(podpis lekarza weterynarii/*signature of the veterinarian*) <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> 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.*