Załącznik 1 ver. od 17 marca 2022

Wniosek o pozwolenie (wypełnić wielkimi literami)/
Application for permission (complete in capital letters)

- **na przemieszczenie zwierzęcia towarzyszącego na teren Unii Europejskiej – Polski/** ***for the relocation of a companion animal to the territory of the European Union - Poland***
- **na tranzyt przez państwo członkowskie Unii Europejskiej/** ***for transit through a Member State of the European Union***

Imię i nazwisko wnioskodawcy/ Name and surname of applicant: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Legitymująca/y się dokumentem tożsamości seria / numer/ *Holder of a document, series/ number* : . . . . . .

. . . . . .

Tel kontaktowy/ Contact phone : . . . . . .

Adres e-mail/ E-mail address: . . . . . .

☐ zwracam się z wnioskiem o udzielenie pozwolenia na przemieszczenie o charakterze niehandlowym na terytorium państwa członkowskiego UE (Polski) zwierzęcia domowego/
I apply for a non-commercial movement permit on the territory of an EU Member State (Poland) of a pet animal:
☐ zwracam się z wnioskiem o tranzyt przez państwo członkowskie UE zwierzęcia domowego/
I request the transit of a pet animal through EU Member State.

Gatunek: Pies/ Kot/ Fretka/ Species: Dog/Cat/Ferret. . . . . .

Rasa/Breed: . . . . . .

Płeć/Sex: . . . . . .

Data urodzenia/ wiek/ Date of Birth/Age: . . . . . .

Umaszczenie/Color: . . . . . .

Jednocześnie informuję, że zwierzę/ At the same time, I inform you that the animal:

1) Jest moją własnością/ Is my property: TAK YES ☐/NIE NO ☐;

2) Jest oznakowanie/ Is marked: TAK YES ☐/NIE NO ☐:

nr mikrochip/tatuaż/ No. of chip/ tattoo: . . . . . .

3) Jest poddane szczepieniu przeciwko wściekliźnie/ Is vaccinated against rabies: TAK YES ☐/NIE NO ☐

data wykonania szczepienia/ date of vaccination:.....

data ważności szczepienia/ expiration date of the vaccination: .....

4) Posiada wynik badania poziomu przeciwciał przeciwko wściekliźnie metodą miareczkowania/

The rabies antibody titration test result: TAK YES ☐/NIE NO ☐

5) Poddano innym zabiegom profilaktycznym (przeciwpasożytniczym)/ Other prophylactic (anti-parasitic) treatments were given: TAK YES ☐/NIE NO ☐

6) Posiada dokument identyfikacyjny zwierzęcia: Paszport/ Świadectwo zdrowia / Inny/ The animal identification document: Passport / Health Certificate / Other *

TAK YES ☐/NIE NO ☐

7) Dane miejsca przeznaczenia w przypadku przemieszczenia na terytorium Polski jeśli znany/ Details of the place of destination in case of movement to Poland, if known:

Miejscowość/Town: . . . . . .

Adres/Address: . . . . . .

8) Państwo docelowe przeznaczenia i adres jeśli znany w przypadku tranzytu/ Destination country and address, if known, in case of transit: . . . . . .

. . . . . .

9) Data i podpis wnioskodawcy/ Date and applicant's signature: . . . . . .

* niewłaściwe skreślić/ delete as appropriate