**Wniosek o pozwolenie**

* **na przemieszczenie zwierzęcia towarzyszącego na teren Unii Europejskiej - Polski.**
* **na tranzyt przez państwo członkowskie Unii Europejskiej.**

Ja niżej podpisany: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Legitymujący się dokumentem seria / numer: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . …………………………………………………………………………………………………………..

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Kraj: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Pojazd: Marka. . . . . . . . . . . . Model. . . . . . . . . . . . Numer rejestracyjny. . . . . . . . . . . .

Tel kontaktowy:

Adres e mail:

▭ zwracam się z wnioskiem o udzielenie pozwolenia na przemieszczenie o charakterze niehandlowym na terytorium państwa członkowskiego UE zwierzęcia domowego:

▭ zwracam się z wnioskiem o tranzyt przez państwo członkowskie UE zwierzęcia domowego.

Gatunek: . . Pies/ Kot/ Fretka. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Rasa: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Płeć: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Data urodzenia: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Umaszczenie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . waga . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jednocześnie informuję, że zwierzę:

Jest moją własnością: TAK▭/NIE▭;

Jest oznakowanie: TAK▭/NIE▭;

nr czip/tatuaż: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jest poddane szczepieniu przeciwko wściekliźnie: TAK▭/NIE▭

data ważności szczepienia: . . . . . . . . . . . . .

Posiada wynik badania poziomu przeciwciał przeciwko wściekliźnie metodą miareczkowania: TAK▭/NIE▭

Poddano innym zabiegom profilaktycznym (przeciwpasożytniczym): TAK▭/NIE▭

Posiada dokument identyfikacyjny zwierzęcia: Paszport/ Świadectwo zdrowia / Inny

TAK▭/NIE▭

Miejsce przeznaczenia:

Miasto: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

podpis . . . . . . . . . . . . . . . . . .