

Badanie poziomu przeciwciał przeciwko wściekliźnie u psów i kotów wywożonych za granicę

Application form for rabies antibody testing in dogs and cats for import

Prosimy o korzystanie tylko z niniejszego formularza i wypełnienie go **drukowanymi literami lub maszynowo, bez polskich znaków**. Zgodnie z wymogami krajów docelowych, badaniu mogą zostać poddane tylko próbki z dokładnie wypełnionym formularzem.

Please use this form only (**complete in block capitals or typewritten without polish characters**). In accordance with regulations of the importing countries sample submission forms have to be completed.



Kod kreskowy / Barcode

Am Institut für Virologie
FB Veterinärmedizin
Justus-Liebig-Universität Gießen
Schubertstr. 81
35392 Gießen

Tel.: +49 641 99 38363
Fax.: +49 641 99 38379
diagnostik@vetmed.uni-giessen.de



Wysyłający i płatnik
Sender and payer

Vetlab sp. z o.o.
ul. Wodzisławska 6
52-017 Wrocław
Poland

Phone: 0048 71 722 35 25
info@vetlab.pl
www.vetlab.pl

Kraj docelowy
Destination country

(re)Import do UE
(re)Import into EC

Australia
Australia

Inne (Japonia, Tajwan, N. Zelandia)
Other (Japan, Taiwan, N. Zealand)

Kontrola szczepienia (nie do celów podróży,
badanie niecertyfikowane)
Vaccination control
(not for travel purpose, uncertified test)

Właściciel
Owner

Imię i nazwisko
First name and family name

Zwierzę
Animal

Pies
Dog

Kot
Cat

Imię
Name

Data urodzenia
Date of birth

Identyfikacja
Identification

Zwierzęta muszą być prawidłowo oznakowane (mikrochip/tatuaż).
Animals have to be identified unmistakably (microchip/tattoo).

Numer mikrochipu
Microchip number

Szczepienie
przeciwko
wściekliźnie
Rabies vaccination

Producent szczepionki
Vaccine maker

Nazwa szczepionki
Vaccine name

Numer serii
Batch number

Data szczepienia
Date of vaccination

Data pobrania krwi do badania
Blood sample collection date

Wymagany materiał: 1ml surowicy
Sample material: 1ml serum

Adres, pod którym pobrano materiał
Sample collection address

Ulica, numer domu / Address

Kod pocztowy / Post code

Miejscowość, kraj / Town, Country

Zaświadczam, że powyższe
dane są prawidłowe
I hereby confirm the correctness
of the details given above.

Data
Date

Podpis i pieczęćka wysyłającego (lekarza weterynarii)
Signature and stamp of sender (veterinarian)

Pieczęćka lecznicy
Stamp of pet clinic

Proszę wyraźnie oznaczyć próbkę. *Please label sample tube unequivocally.*
Ten dokument jest ważny tylko z podpisem i pieczęćką. *This document is valid only if signed and stamped.*