

ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
ΓΙΑ ΜΗ ΕΜΠΟΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ
ΚΑΤΟΙΚΙΔΙΩΝ ΣΚΥΛΩΝ, ΓΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΟΥΝΑΒΙΩΝ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ
(Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 998/2003)

*VETERINARY CERTIFICATE FOR DOMESTIC DOGS, CATS AND FERRETS ENTERING THE
EUROPEAN COMMUNITY FOR NON-COMMERCIAL MOVEMENTS (Regulation (EC) No 998/2003)*

ΧΩΡΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΤΟΥ ΖΩΟΥ *COUNTRY of dispatch of the animal:* _____

Αύξων αριθμός πιστοποιητικού *Serial Number of the Certificate:* _____

I. ΚΑΤΟΧΟΣ / ΠΡΟΣΩΠΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΕΙ ΤΟ ΖΩΟ

I OWNER/RESPONSIBLE PERSON ACCOMPANYING THE ANIMAL

Όνομα *First-Name:*

Επώνυμο *Surname:*

Διεύθυνση *Address:*

Ταχ. κωδικός *Post-Code:*

Πόλη *City:*

Χώρα *Country:*

Τηλέφωνο *Telephone:*

II. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΖΩΟΥ *DESCRIPTION OF THE ANIMAL*

Είδος *Species:*

Φυλή *Breed:*

Φύλο *Sex:*

Τρίχωμα (χρώμα και τύπος) *Coat (colour and type):*

Ημερομηνία γέννησης *Date of birth:*

III. ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΖΩΟΥ *IDENTIFICATION OF THE ANIMAL*

Αριθμός μικροπλακέτας *Microchip Number:*

Θέση μικροπλακέτας *Location of Microchip:*

Ημερομηνία τοποθέτησης μικροπλακέτας *Date of
Microchipping:*

Αριθμός τατουάζ *Tattoo Number:*

Ημερομηνία τατουάζ *Date of Tattooing:*

IV. ΑΝΤΙΑΥΣΣΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ *VACCINATION AGAINST RABIES*

Κατασκευαστής και όνομα εμβολίου

Manufacturer and name of vaccine:

Αριθμός παρτίδας

Batch Number:

Ημερομηνία εμβολιασμού

Vaccination date:

Λήξη ισχύος

Valid until:

V. ΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΛΥΣΣΑΣ (εφόσον απαιτείται) *RABIES SEROLOGICAL TEST (when required)*

Βεβαιώνω την ύπαρξη επίσημης καταχώρισης αποτελέσματος ορολογικής δοκιμασίας για το ζώο, που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα που ελήφθη στις (ηη/μμ/εεεε) _____, από εγκεκριμένο εργαστήριο της ΕΕ το οποίο δηλώνει ότι ο εξουδετερωτικός αριθμός αντισωμάτων λύσσας ήταν τουλάχιστον ίσος προς 0,5 IU/ml.

I have seen an official record of the result of a serological test for the animal, carried out on a sample taken on (dd/mm/yyyy) _____, and tested in an EU-approved laboratory, which states that the rabies neutralising antibody titre was equal to or greater than 0.5 IU/ml.

ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΣ Ή ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΣ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΑΡΧΗ* (στην τελευταία περίπτωση η αρμόδια αρχή πρέπει να επικυρώνει το πιστοποιητικό)
OFFICIAL VETERINARIAN OR VETERINARIAN AUTHORISED BY THE COMPETENT AUTHORITY (in the latter case, the competent authority must endorse the certificate)*

Όνομα *First-Name:*

Επώνυμο *Surname:*

Διεύθυνση *Address:*

ΥΠΟΓΡΑΦΗ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ *SIGNATURE,
DATE & STAMP:*

Ταχ. κωδικός *Post-Code:*

Πόλη *City:*

Χώρα *Country:*

Τηλέφωνο *Telephone:*

* Διαγράψτε ό,τι δεν ισχύει *Delete as applicable*

ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΑΡΧΗ (Δεν απαιτείται εάν το πιστοποιητικό υπογράφεται από επίσημο κτηνίατρο) <i>BY THE COMPETENT AUTHORITY (Not necessary when the certificate is signed by an official veterinarian)</i>
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ <i>DATE & STAMP:</i>

VI. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΡΟΤΩΝΩΝ (εφόσον απαιτείται) <i>TICK TREATMENT (when required)</i>	
Κατασκευαστής και ονομασία του προϊόντος <i>Manufacturer and name of product:</i>	
Ημερομηνία και ώρα θεραπείας (ηη/μμ/εεεε + 24 ώρες) <i>Date and time of treatment (dd/mm/yyyy + 24-hour clock):</i>	
Όνομα κτηνιάτρου <i>Name of Veterinarian:</i>	
Διεύθυνση <i>Address:</i>	ΥΠΟΓΡΑΦΗ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ <i>SIGNATURE, DATE & STAMP:</i>
Ταχ. κωδικός <i>Post-Code:</i>	
Πόλη <i>City:</i>	
Χώρα <i>Country:</i>	
Τηλέφωνο <i>Telephone:</i>	

VII. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟΥ (εφόσον απαιτείται) <i>ECHINOCOCCUS TREATMENT (when required)</i>	
Κατασκευαστής και ονομασία του προϊόντος <i>Manufacturer and name of product:</i>	
Ημερομηνία και ώρα θεραπείας (ηη/μμ/εεεε + 24 ώρες) <i>Date and time of treatment (dd/mm/yyyy + 24-hour clock):</i>	
Όνομα κτηνιάτρου <i>Name of Veterinarian:</i>	
Διεύθυνση <i>Address:</i>	ΥΠΟΓΡΑΦΗ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ <i>SIGNATURE, DATE & STAMP:</i>
Ταχ. κωδικός <i>Post-Code:</i>	
Πόλη <i>City:</i>	
Χώρα <i>Country:</i>	
Τηλέφωνο <i>Telephone:</i>	

ΟΔΗΓΙΕΣ	NOTES FOR GUIDANCE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ταυτοποίηση του ζώου (τατουάζ ή μικροπλακέτα) πρέπει να επαληθεύεται πριν να σημειωθεί στο πιστοποιητικό. 2. Το αντιλυσσικό εμβόλιο πρέπει να είναι αδρανοποιημένο εμβόλιο σύμφωνα με τα πρότυπα του ΔΓΕ. 3. Το πιστοποιητικό ισχύει για 4 μήνες μετά την υπογραφή από τον επίσημο κτηνίατρο ή την επικύρωση από την αρμόδια αρχή, ή μέχρι την ημερομηνία λήξης του εμβολιασμού που εμφανίζεται στο μέρος IV, ανάλογα με το ποια ημερομηνία είναι προγενέστερη. 4. Τα ζώα που προέρχονται από – ή προετοιμάζονται σε - τρίτες χώρες που δεν αναφέρονται στο παράρτημα II του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 998/2003, δεν επιτρέπεται να εισάγονται στην Ιρλανδία, τη Μάλτα, τη Σουηδία ή το ΗΒ, είτε άμεσα είτε μέσω άλλης χώρας που αναφέρεται στο παράρτημα II, εκτός αν έχουν τηρηθεί οι εθνικοί κανόνες. 5. Το παρόν πιστοποιητικό πρέπει να συνοδεύεται από δικαιολογητικά ή από επικυρωμένα αντίγραφα αυτών, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων ταυτοποίησης του συγκεκριμένου ζώου, των στοιχείων εμβολιασμού και του αποτελέσματος της ορολογικής εξέτασης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Identification of the animal (tattoo or microchip) must have been verified before any entries are made on the certificate.</i> 2. <i>The rabies vaccine used must be an inactivated vaccine produced in accordance with OIE standards.</i> 3. <i>The certificate is valid for 4 months after signature by the official veterinarian or endorsement by the competent authority, or until the date of expiry of the vaccination shown in Part IV, whichever is earlier.</i> 4. <i>Animals from, or prepared in, third countries not listed in Annex II of regulation (EC) No 998/2003, may not enter Ireland, Malta, Sweden or the UK, either directly or via another country listed in Annex II unless brought into conformity with National Rules.</i> 5. <i>This certificate must be accompanied by supporting documentation, or a certified copy thereof, including the identification details of the animal concerned, vaccination details and the result of the serological test.</i>

**ΙΣΧΥΟΥΣΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ (Κανονισμός (ΕΚ)
αριθ. 998/2003)**

**A) ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΚΡΑΤΟΣ ΜΕΛΟΣ ΑΛΛΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΡΑΝΔΙΑ, ΤΗ
ΜΑΛΤΑ, ΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ**

- 1) από τρίτη χώρα που αναφέρεται στο παράρτημα II του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 998/2003:
Πρέπει να συμπληρώνονται τα μέρη I, II, III, και IV (και VII για τη Φινλανδία).
Σε περίπτωση επακόλουθης μετακίνησης στη Φινλανδία, το μέρος VII και στην Ιρλανδία, τη Μάλτα, τη Σουηδία ή το Ηνωμένο Βασίλειο, τα μέρη V, VI και VII πρέπει να συμπληρώνονται σύμφωνα με τους εθνικούς κανόνες, και μπορούν να συμπληρώνονται σε άλλη χώρα που αναφέρεται στο παράρτημα II του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 998/2003.
- 2) από τρίτη χώρα που δεν αναφέρεται στο παράρτημα II του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 998/2003:
Πρέπει να συμπληρώνονται τα μέρη I, II, III, και IV (και VII για τη Φινλανδία). Το δείγμα που αναφέρεται στο μέρος B πρέπει να έχει ληφθεί πάνω από 3 μήνες πριν από την εγγραφή. Σε περίπτωση επακόλουθης μετακίνησης στην Ιρλανδία, τη Μάλτα, τη Σουηδία ή το ΗΒ βλέπε σημείωση 4. Σε περίπτωση επακόλουθης μετακίνησης στη Φινλανδία, πρέπει να συμπληρώνεται το μέρος VII (βλ. Α)1) ανωτέρω).

**B) ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΙΡΑΝΔΙΑ, ΤΗ ΜΑΛΤΑ, ΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟ
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ**

- 1) από τρίτη χώρα που αναφέρεται στο παράρτημα II του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 998/2003:
Πρέπει να συμπληρώνονται τα μέρη I, II, III, IV, V, VI και VII (τα μέρη III, V, VI και VII πρέπει να είναι σύμφωνα προς τους εθνικούς κανόνες)
- 2) από τρίτη χώρα που δεν αναφέρεται στο παράρτημα II του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 998/2003: Το πιστοποιητικό δεν ισχύει - Βλ. σημείωση 4

**CONDITIONS APPLYING (Regulation (EC)
No 998/2003)**

**A) ENTRY IN A MEMBER STATE OTHER THAN
IRELAND, MALTA, SWEDEN AND UNITED
KINGDOM**

- 1) from a third country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003:
Parts I, II, III, and IV must be completed (and VII for Finland)
In case of a subsequent movement to Finland, Part VII and to Ireland, Malta, Sweden or United Kingdom, Parts V, VI and VII must be completed in compliance with national rules, and may be completed in a country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003.
- 2) from a third country not listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003:
Parts I, II, III, IV and V must be completed (and VII for Finland). The sample referred to in part V must have been taken more than 3 months before the entry. For subsequent movement to Ireland, Malta, Sweden or UK - See Note 4. In case of a subsequent movement to Finland, Part VII must be completed (see A)1) above)

**B) ENTRY IN IRELAND, MALTA, SWEDEN AND
UNITED KINGDOM**

- 1) from a third country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003:
Parts I, II, III, IV, V, VI and VII must be completed (parts III, V, VI and VII complying with national rules)
- 2) from a third country not listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003: The certificate is not valid - See Note 4