

**מדינת ישראל משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה
היחידה ליבוא - יצוא**

הצהרת רופא וטרינר על יצוא חיית מחמד למדינות הקהילייה האירופאית

פרטי הבעלים

שם איש הקשר	שם פרטי	שם משפחה	ב.ס	ת.ז.	מס' דרכון

ישוב	מס'	כתובת	מיקוד	טלפון	נייד	פקס

Email: _____ **דואר אלקטרוני:** _____

פרטי בעלי החיים – סימון

Species (Scientific name)	Identification system	Date of application of the microchip or tattoo [dd/mm/yyyy]	Identification number	Date of birth [dd/mm/yyyy]

חיסון ובדיקת נוגדני כלבת

Microchip or tattoo number of the animal	Date of vaccination [dd/mm/yyyy]	Name and manufacturer of vaccine	Batch number	Validity [dd/mm/yyyy]		Date of the blood sample [dd/mm/yyyy]
				From	To	

טיפול כנגד טפילים*

Microchip or tattoo number of the dog	Anti-echinococcus treatment		Administering veterinarian
	Name and manufacturer of the product	Date [dd/mm/yyyy] and time of treatment [00:00]	Name (in capital), stamp and signature

*נדרש רק לאירלנד, בריטניה, מלטה ופינלנד.

הצהרה:

אני הרופא הווטרינר החתום מטה מצהיר כי בדקתי את בעל החיים ואימתתי את הפרטים שמופיעים בטופס זה. ולראיה באתי על החתום.

תאריך	מספר רישיון	שם משפחה	שם פרטי	חתימה		
ישוב	מס'	כתובת	מיקוד	טלפון	נייד	פקס