**WETERYNARYJNE ŚWIADECTWO ZDROWIA DLA CELÓW „DNI KONIA ARABSKIEGO 2015”**

W JANOWIE PODLASKIM, 14-17 SIERPNIA 2015 ROKU

(Narodowy Pokaz Koni Arabskich, Aukcja Pride of Poland i Letnia Aukcja)

LEKARZ WETERYNARII ……………………………………………………………………………………………………...............………

ADRES ………………………………………………………………………………………………………………………………...…...........….

TELEFON ……………........................................................................................................……………………………

NAZWA PRAKTYKI ……………………………………………………………………………………………….............……………………

ZAŚWIADCZA, ŻE KOŃ O NAZWIE ……………………………………........ PŁEĆ …………………….. WIEK ..………………

MAŚĆ ……………………….. NR PASZPORTU ………………………………………………… NR IDENT. …......…………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..........……………

WŁASNOŚCI PANA(I) …………………………………………………………………………………………………………………............

ADRES ………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

 biorący udział w: ☐ Pokazie Narodowym ☐ Aukcji Pride of Poland ☐ Letniej Aukcji

pochodzi ze stajni i obszarów wolnych od chorób zakaźnych lub zaraźliwych zwalczanych z urzędu oraz podlegających rejestracji dotyczących rodziny koniowatych. Został w dniu dzisiejszym zbadany i nie wykazuje żadnych klinicznych objawów choroby. W okresie 30 dni przed aukcją w dniu …………………… został zbadany testem Cogginsa z wynikiem ujemnym w kierunku niedokrwistości zakaźnej koni (sprawozdanie z badań nr: ………………………………………………………………………………………………………..………..)

Niniejsze świadectwo zostało wystawione w dniu załadunku konia wysłanego na Dni Konia Arabskiego w Janowie Podlaskim i załadowanego na pojazd przeznaczony do przewozu koni uprzednio oczyszczony i zdezynfekowany.

Data i czas badania ………………………. Podpis i pieczęć LEKARZA WETERYNARII ……………………………………