

**Wniosek o pozwolenie (wypełnić wielkimi literami)/  
Application for permission (complete in capital letters)**

- **na przemieszczenie zwierzęcia towarzyszącego na teren Unii Europejskiej – Polski/  
for the relocation of a companion animal to the territory of the European Union - Poland**
- **na tranzyt przez państwo członkowskie Unii Europejskiej/ for transit through a Member State of  
the European Union**

Imię i nazwisko wnioskodawcy/ Name and surname of applicant: . . . . .

. . . . .  
. . . . .

Legitymująca/y się dokumentem tożsamości seria / numer/ Holder of a document, series/ number : . . . . .

. . . . .

Tel kontaktowy/ Contact phone : . . . . .

Adres e-mail/ E-mail address: . . . . .

zwracam się z wnioskiem o udzielenie pozwolenia na przemieszczenie o charakterze niehandlowym na terytorium państwa członkowskiego UE (Polski) zwierzęcia domowego/  
I apply for a non-commercial movement permit on the territory of an EU Member State (Poland) of a pet animal:

zwracam się z wnioskiem o tranzyt przez państwo członkowskie UE zwierzęcia domowego/  
I request the transit of a pet animal through EU Member State.

Gatunek: Pies/ Kot/ Fretka/ Species: Dog/Cat/Ferret. . . . .

Rasa/Breed: . . . . .

Płeć/Sex: . . . . .

Data urodzenia/ wiek/ Date of Birth/Age: . . . . .

Umaszczenie/Color: . . . . .

Jednocześnie informuję, że zwierzę/ At the same time, I inform you that the animal:

1) Jest moją własnością/ Is my property: TAK YES /NIE NO

2) Jest oznakowane/ Is marked: TAK YES /NIE NO

nr mikrochip/tatuaż/ No. of chip/ tattoo: . . . . .

3) Jest poddane szczepieniu przeciwko wściekliźnie/ Is vaccinated against rabies: TAK YES /NIE NO

data wykonania szczepienia/ date of vaccination:.....

data ważności szczepienia/ expiration date of the vaccination: .....

4) Posiada wynik badania poziomu przeciwciał przeciwko wściekliźnie metodą miareczkowania/  
The rabies antibody titration test result: TAK YES /NIE NO

The rabies antibody titration test result: TAK YES /NIE NO

5) Poddano innym zabiegom profilaktycznym (przeciw pasożytniczym)/ Other prophylactic (anti-parasitic) treatments were given: TAK YES /NIE NO

6) Posiada dokument identyfikacyjny zwierzęcia: Paszport/ Świadectwo zdrowia / Inny/ The animal identification document: Passport / Health Certificate / Other \*

TAK YES /NIE NO

7) Dane miejsca przeznaczenia w przypadku przemieszczenia na terytorium Polski jeśli znany/ Details of the place of destination in case of movement to Poland, if known:

Miejscowość/Town: . . . . .

Adres/Address: . . . . .

8) Państwo docelowe przeznaczenia i adres jeśli znany w przypadku tranzytu/ Destination country and address, if known, in case of transit: . . . . .  
. . . . .

**9) Data i podpis wnioskodawcy/ Date and applicant's signature: . . . . .**

\* niewłaściwe skreślić/ delete as appropriate