

# KOMMISSIONEN

## KOMMISSIONENS BESLUTNING

af 1. december 2004

**om en model for sundhedsattest til ikke kommerciel transport af hunde, katte og fritter fra tredjelande til Fællesskabet**

(meddelt under nummer K(2004) 4421)

(EØS-relevant tekst)

(2004/824/EF)

KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER HAR —

under henvisning til traktaten om oprettelse af Det Europæiske Fællesskab,

under henvisning til Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 998/2003 af 26. maj 2003 om dyresundhedsmæssige betingelser for ikke-kommerciel transport af selskabsdyr og om ændring af Rådets direktiv 92/65/EØF<sup>(1)</sup>, særlig artikel 8, stk. 4, og

ud fra følgende betragtninger:

(1) I forordning (EF) nr. 998/2003 er der fastsat betingelser for ikke-kommerciel transport af hunde, katte og fritter fra tredjelande til Fællesskabet. Betingelserne er forskellige, afhængigt af oprindelsestredjelandets og bestemmelsesmedlemsstatens status.

(2) I Kommissionens beslutning 2004/203/EF af 18. februar 2004 om en model for sundhedsattest til ikke-kommerciel transport fra tredjelande af hunde, katte og fritter<sup>(2)</sup> fastsættes modellen til den attest, der skal ledsage dyrene ved indførsel til Fællesskabet; der er offentliggjort en berigtigelse<sup>(3)</sup> til denne beslutning.

(3) Kommissionens beslutning 2004/539/EF af 1. juli 2004 om en overgangsforanstaltning for gennemførelse af Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 998/2003 om dyresundhedsmæssige betingelser for ikke-kommerciel transport af selskabsdyr<sup>(4)</sup> tillader, at attester, der er udstedt i overensstemmelse med forordning (EF) nr. 998/2003 eller de nationale regler, der var gældende før den 3. juli 2004, fortsat anvendes indtil den 1. oktober 2004.

(4) Ved Rådets beslutning 2004/650/EF af 13. september 2004 om ændring af Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 998/2003 om dyresundhedsmæssige betingelser for ikke-kommerciel transport af selskabsdyr som følge af Maltas tiltrædelse<sup>(5)</sup> blev Malta indsat i listen over lande i bilag II, del A, til forordningen. Følgelig bør de særlige bestemmelser, der gælder for indførsel af selskabsdyr til Irland, Sverige og Det Forenede Kongerige, udvides til også at omfatte Malta.

(5) Af hensyn til klarheden bør beslutning 2004/203/EF ophæves og erstattes af denne beslutning.

(6) I betragtning af de meget særlige forhold, der gør sig gældende ved de berørte dyr og transportere, bør det gøres lettere at udarbejde og anvende attesten for de berørte dyrlæger og rejsende.

<sup>(1)</sup> EUT L 146 af 13.6.2003, s. 1. Senest ændret ved Kommissionens forordning (EF) nr. 592/2004 (EUT L 94 af 31.3.2004, s. 7).

<sup>(2)</sup> EUT L 65 af 3.3.2004, s. 13. Ændret ved beslutning 2004/301/EF (EUT L 98 af 2.4.2004, s. 55).

<sup>(3)</sup> EUT L 111 af 17.4.2004, s. 83.

<sup>(4)</sup> EUT L 237 af 8.7.2004, s. 21.

<sup>(5)</sup> EUT L 298 af 23.9.2004, s. 22.

- (7) Da forordning (EF) nr. 998/2003 og beslutning 2004/203/EF, som erstattet ved denne beslutning, skal anvendes fra den 3. juli 2004, bør denne beslutning også anvendes med det samme.
- (8) De i denne beslutning fastsatte foranstaltninger er i overensstemmelse med udtalelse fra Den Stående Komité for Fødevarekæden og Dyresundhed —

## VEDTAGET FØLGENDE BESLUTNING:

*Artikel 1*

1. I denne beslutning fastsættes modellen til og betingelserne for brugen af den attest, der skal anvendes ved ikke-kommerciel transport fra tredjelande af selskabsdyr af arterne hund, kat og fritte, jf. artikel 8, stk. 4, i forordning (EF) nr. 998/2003.

2. Modellen til attesten er fastsat i bilaget til denne beslutning.

*Artikel 2*

1. Den i artikel 1, stk. 2, omhandlede attest kræves ved ikke-kommerciel transport af selskabsdyr af arterne hund, kat og fritte (i det følgende benævnt »selskabsdyr«) ved indførsel fra:

- a) alle tredjelande til andre medlemsstater end Irland, Malta, Sverige og Det Forenede Kongerige, og
- b) de tredjelande, der er anført i del B, afdeling 2, og del C i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003, til Irland, Malta, Sverige og Det Forenede Kongerige. Attesten må ikke anvendes for dyr, der kommer fra lande, der ikke er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003, eller som i lande, der ikke er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003, er bragt i overensstemmelse med kravene, hvis de transporteres til Irland, Malta, Sverige eller Det Forenede Kongerige; i dette tilfælde gælder forordningens artikel 8, stk. 1, litra b), nr. ii).

2. Uanset stk. 1 tillader medlemsstaterne ikke-kommerciel transport af hunde, katte og fritter, som ledsages af pas i overensstemmelse med den model, der er fastsat ved Kommissionens beslutning 2003/803/EF<sup>(1)</sup>, fra de tredjelande, der er anført i del B, afdeling 2, i bilag II til forordning (EF) nr.

998/2003, og som har meddelt Kommissionen og medlemsstaterne, at de agter at anvende passet i stedet for attesten.

3. Uanset de regler, der gælder for transport til Malta, accepterer medlemsstaterne en attest, der er i overensstemmelse med modellen i bilaget til beslutning 2004/203/EF.

*Artikel 3*

1. Den i artikel 1 omhandlede attest består af ét ark, der er affattet på mindst sproget i den medlemsstat, dyret føres ind i, samt engelsk. Den udfyldes med blokbogstaver på sproget i den medlemsstat, dyret føres ind i, eller engelsk.

2. Den i artikel 1 omhandlede attest udstedes således:

a) Attestens afsnit I-V:

i) udfyldes og underskrives af en embedsdyrlæge, der er udpeget af den kompetente myndighed i afsendelseslandet, eller

ii) udfyldes og underskrives af en dyrlæge, som den kompetente myndighed har givet bemyndigelse hertil, og påtegnes efterfølgende af den kompetente myndighed.

b) Afsnit VI og afsnit VII skal — hvis det er relevant — udfyldes og underskrives af en dyrlæge, der er autoriseret dyrlæge i afsendelseslandet.

3. Attesten ledsages af dokumentation eller en bekræftet genpart heraf, omfattende bl.a. nærmere oplysninger til identifikation af det pågældende dyr, vaccinationsoplysninger og resultatet af den serologiske test.

4. Attesten er gyldig i forbindelse med transport inden for Fællesskabet i fire måneder efter udstedelsesdatoen eller indtil udløbet af vaccinationens holdbarhed, jf. attestens afsnit IV, alt efter hvilken dato der indtræder først.

*Artikel 4*

Vaccinationen i henhold til afsnit IV skal udføres ved hjælp af en inaktiveret vaccine, der er fremstillet, så den mindst opfylder kravene i Det Internationale Kontor for Epizootiers *Manual of Diagnostic Tests and Vaccines for Terrestrial Animals*, seneste udgave.

<sup>(1)</sup> EUT L 312 af 27.11.2003, s. 1.

*Artikel 5*

1. Medlemsstaterne påser, at betingelserne i artikel 8, stk. 1, litra a), i forordning (EF) nr. 998/2003 udelukkende anvendes på selskabsdyr, der kommer fra et tredjeland, der er anført i del B, afdeling 2, eller del C i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003, og som:

- transporteres direkte til den medlemsstat, hvor dyret føres ind i Fællesskabet, eller
- transporteres mellem afsendestredjelandet og den medlemsstat, hvor dyret føres ind i Fællesskabet, omfattende udelukkende ophold i et eller flere af de lande, der er anført i del B, afdeling 2, eller del C i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003.

2. Uanset stk. 1 kan transporten også omfatte transit ad luft- eller søvejen gennem et tredjeland, der ikke er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003, hvis selskabsdyret forbliver inden for en international lufthavns område i et af de pågældende lande eller holdes sikkert om bord på fartøjet.

*Artikel 6*

Beslutning 2004/203/EF ophæves.

*Artikel 7*

Denne beslutning anvendes fra den 6. december 2004.

*Artikel 8*

Denne beslutning er rettet til medlemsstaterne.

Udfærdiget i Bruxelles, 1. december 2004.

*På Kommissionens vegne*

David BYRNE

*Medlem af Kommissionen*

## BILAG

Model til attest, der skal anvendes ved ikke-kommerciel transport fra tredjelande af selskabsdyr af arterne hund, kat og fritte, jf. artikel 8, stk. 4, i forordning (EF) nr. 998/2003.

| <b>VETERINÆRCERTIFIKAT</b><br><b>Selskabsdyr af arterne hund, kat og fritte, der føres ind i Det Europæiske Fællesskab i forbindelse med ikke-kommerciel transport (forordning (EF) nr. 998/2003)</b><br><b>VETERINARY CERTIFICATE for domestic dogs, cats and ferrets entering the European Community for non-commercial movements (Regulation (EC) No 998/2003)</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Land, som dyret er afsendt fra/Country of dispatch of the animal: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                          |
| Attestens løbenummer/Serial number of the certificate: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                                                          |
| <b>I. Ejer/ansvarlig person, der ledsager dyret/Owner/responsible person accompanying the animal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                                          |
| Fornavn/First name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              | Efternavn/Surname:                                       |
| Adresse/Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                          |
| Postnr./Postcode:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              | By/City:                                                 |
| Land/Country:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              | Telefon/Telephone:                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                          |
| <b>II. Beskrivelse af dyret/Description of the animal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                          |
| Art/Species:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Race/Breed:                                  | Køn/Sex:                                                 |
| Fødselsdato/Date of birth:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pels (farve og type)/Coat (colour and type): |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                          |
| <b>III. Identifikation af dyret/Identification of the animal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                          |
| Mikrochipnr./Microchip number:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                          |
| Mikrochippens placering/Location of microchip:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              | Dato for anbringelse af mikrochip/Date of microchipping: |
| Tatoveringsnr./Tattoo number:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              | Dato for tatovering/Date of tattooing:                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                          |
| <b>IV. Rabiesvaccination/Vaccination against rabies</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                          |
| Vaccinens navn og producent/Manufacturer and name of vaccine:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              |                                                          |
| Batchnr./Batch number:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Vaccinationsdato/Vaccination date:           | Gyldig indtil den/Valid until:                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                          |
| <b>V. Serologisk test vedr. rabies (hvis det kræves)/Rabies serological test (when required)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                          |
| <p>Jeg har set en officiel registrering af resultatet af en serologisk test af dyret, der er foretaget på en prøve, som er udtaget den (dd/mm/åååå) _____ og undersøgt på et EU-godkendt laboratorium, hvori det attesteres, at den rabies-neutraliserende antistofkoncentration svarede til mindst 0,5 IE/ml.</p> <p>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.</p> |                                              |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Embedsdyrlæge eller dyrlæge, der er godkendt af den kompetente myndighed (*)</b> (hvis sidstnævnte er underskriver, skal den kompetente myndighed påtegne attesten)<br><i>Official veterinarian or veterinarian authorised by the competent authority (*) (in the latter case, the competent authority must endorse the certificate)</i> |                                                         |
| Fornavn/First name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Efternavn/Surname:                                      |
| Adresse/Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Underskrift, dato og stempel/Signature, date and stamp: |
| Postnr./Postcode:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
| By/City:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |
| Land/Country:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |
| Telefon/Telephone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |
| (*) Det ikke relevante overstreges/Delete as applicable                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |
| <b>Den kompetente myndigheds påtegning</b> (kræves ikke, hvis attesten er underskrevet af en embedsdyrlæge)/Endorsement by the competent authority<br><i>(not necessary when the certificate is signed by an official veterinarian)</i>                                                                                                     |                                                         |
| Dato og stempel/Date and stamp:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |
| VI. <b>Flåtbehandling</b> (hvis det kræves)/Tick treatment (when required)                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| Produktets navn og producent/Manufacturer and name of product:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |
| Dato og tidspunkt for behandlingen (dd/mm/åååå + klokkeslæt angivet efter 24-timers-systemet)/Date and time of treatment (dd/mm/yyyy + 24-hour clock):                                                                                                                                                                                      |                                                         |
| Dyrlægens navn/Name of veterinarian:                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| Adresse/Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Underskrift, dato og stempel/Signature, date and stamp: |
| Postnr./Postcode:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
| By/City:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |
| Land/Country:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |
| Telefon/Telephone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |
| VII. <b>Echinokokbehandling</b> (hvis det kræves)/Echinococcus treatment (when required)                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |
| Produktets navn og producent/Manufacturer and name of product:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |
| Dato og tidspunkt for behandlingen (dd/mm/åååå + klokkeslæt angivet efter 24-timers-systemet)/Date and time of treatment (dd/mm/yyyy + 24-hour clock):                                                                                                                                                                                      |                                                         |
| Dyrlægens navn/Name of veterinarian:                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Adresse/Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Underskrift, dato og stempel/Signature, date and stamp: |
| Postnr./Postcode:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |
| By/City:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |
| Land/Country:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| Telefon/Telephone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| <p>Vejledende bemærkninger/Notes for guidance</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dyrets identifikationsmærkning (tatoivering eller mikrochip) skal være kontrolleret, inden der anføres oplysninger i attesten.<br/><i>Identification of the animal (tattoo or microchip) must have been verified before any entries are made on the certificate.</i></li> <li>2) Den anvendte rabiesvaccine skal være en inaktiveret vaccine fremstillet i overensstemmelse med OIE-standarder.<br/><i>The rabies vaccine used must be an inactivated vaccine produced in accordance with OIE standards.</i></li> <li>3) Attesten er <b>gyldig i fire måneder efter embedsdyrlægens underskrift</b> eller den kompetente myndigheds påtegning, eller indtil udløbet af holdbarheden af den vaccination, der er anført i afsnit IV, alt efter hvilken dato der indtræder først.<br/><i>The certificate is <b>valid for four months after signature</b> by the official veterinarian or endorsement by the competent authority, or until the date of expiry of the vaccination shown in Part IV, whichever ever is earlier.</i></li> <li>4) Dyr, der kommer fra lande, der ikke er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003, eller som i lande, der ikke er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003, er bragt i overensstemmelse med kravene, må ikke føres ind i Irland, Malta, Sverige eller Det Forenede Kongerige, hverken direkte eller via et andet land anført i bilag II, medmindre de opfylder de nationale bestemmelser.<br/><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 United Kingdom, either directly or via another country listed in Annex II unless brought into conformity with national rules.</i></li> <li>5) Denne attest ledsages af dokumentation eller en bekræftet genpart heraf, omfattende bl.a. nærmere oplysninger til identifikation af det pågældende dyr, vaccinationsoplysninger og resultatet af den serologiske test.<br/><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></li> </ol> <p>Gældende bestemmelser (forordning (EF) nr. 998/2003)/Conditions applying (Regulation (EC) No 998/2003)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Indførsel til andre medlemsstater end Irland, Malta, Sverige og Det Forenede Kongerige<br/><i>Entry in a Member State other than Ireland, Malta, Sweden and the United Kingdom</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) fra et tredjeland, der er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003:/from a third country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003:<br/>Afsnit I, II, III og IV skal udfyldes (også afsnit VII for Finlands vedkommende)./Parts I, II, III and IV must be completed (and VII for Finland)<br/>Hvis dyret efterfølgende transporteres til Finland, udfyldes afsnit VII, og hvis det efterfølgende transporteres til Irland, Malta, Sverige eller Det Forenede Kongerige, udfyldes afsnit V, VI og VII i overensstemmelse med de nationale bestemmelser, og afsnittene kan udfyldes i et land, der er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003.<br/><i>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.</i></li> <li>2) fra et tredjeland, der ikke er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003:/from a third country not listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003:<br/>Afsnit I, II, III, IV og V skal udfyldes (også afsnit VII for Finlands vedkommende). Prøven, jf. afsnit V, skal være udtaget mere end tre måneder inden indførslen. Hvis dyret efterfølgende transporteres til Irland, Malta, Sverige eller Det Forenede Kongerige — se bemærkning 4. Hvis dyret efterfølgende transporteres til Finland, udfyldes afsnit VII (jf. punkt A.1).<br/><i>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 three months before the entry. For subsequent movement to Ireland, Malta, Sweden or the United Kingdom — see note 4. In case of a subsequent movement to Finland, Part VII must be completed (see (a)(1) above).</i></li> </ol> </li> <li>b) Indførsel til Irland, Malta, Sverige og Det Forenede Kongerige<br/><i>Entry in Ireland, Malta, Sweden and the United Kingdom</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) fra et tredjeland, der er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003:/from a third country listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003:<br/>Afsnit I, II, III, IV, V, VI og VII skal udfyldes (afsnit III, V, VI og VII i overensstemmelse med de nationale bestemmelser).<br/><i>Parts I, II, III, IV, V, VI and VII must be completed (parts III, V, VI and VII complying with national rules).</i></li> <li>2) fra et tredjeland, der ikke er anført i bilag II til forordning (EF) nr. 998/2003: Attesten er ikke gyldig — se bemærkning 4.<br/><i>from a third country not listed in Annex II of Regulation (EC) No 998/2003: The certificate is not valid — see note 4.</i></li> </ol> </li> </ol> |                                                         |