**ANEXO 1**

IMPRESO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS DE SUERO AL LABORATORIO PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTIRRÁBICOS POST-VACUNALES (Reglamento (UE) 576/2013)/ *FORM ON SAMPLES SENT TO THE LABORATORY UNDER THE PET TRAVEL SCHEME (Regulation (UE) nº 576/2013)*

|  |
| --- |
| **PAÍS DE ORIGEN** / *origin country* |
| **PAÍS DE DESTINO** / *destination country* |

|  |
| --- |
| **I**. **PROPIETARIO / PERSONA RESPONSABLE QUE ACOMPAÑA AL ANIMAL** /  *OWNER/RESPONSIBLE PERSON ACCOMPANYING THE ANIMAL* |
| Nombre / *First name* | Apellidos / *Surname* |
| Dirección / *Address* |
| Código postal / *Post code* | Ciudad, provincia / *City, province*  |
| País / *Country* | Teléfono / *Telephone*  |

|  |
| --- |
| **II**. **DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL** / *DESCRIPTION AND IDENTIFICATION OF THE ANIMAL* |
| Especie / *Species* | Nombre / *Name*  |
| Fecha de nacimiento / *Date of birth* | Fecha de implantación del microchip / *Date of microchipping*   |
| Número del microchip / *Microchip number* |

|  |
| --- |
| **III**. **VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA** / *VACCINATION AGAINST RABIES* |
| Fabricante y nombre de la vacuna / *Manufacturer and name of vaccine*  |
| Número de lote / B*atch number*  | Válida hasta / *Valid until* |
| Fecha de vacunación / *Vaccination date* |
| Fecha de toma de la muestra/ sampling date |

|  |
| --- |
| **IV**. **VETERINARIO COLEGIADO**  / *VETERINARY SURGEON* |
| Nombre y Apellidos / *First Name and Surname*  | Número de colegiado  |
| Dirección / *Address*  | FIRMA Y FECHA / *SIGNATURE & DATE*  |
| Ciudad, código postal, provincia / City, *post code, province* |
| Teléfono-Fax / *Telephone-Fax*  |
| Correo-e. / *E-mail*  |

NOTA: Toda la información recogida será tratada de forma confidencial /

 *All information provided will be treated confidentially.*