



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔ. & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΝΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΔΝΣΗ ΑΓΡΟΤ. ΟΙΚΟΝ. & ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ
Ταχ. Δ/ση : Δημοκρατίας 1
Ταχ. Κώδ. : 691 33
Πληροφορ. : Κουρούδη Δόξα
Τηλέφωνο : 25313 50458
FAX : 25313 50462
e-mail: rodopi73@pamth.gov.gr

Κομοτηνή 29/10/2018
Αριθμ. Πρωτ.: 1219/166504

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Για την σύναψη σύμβασης εκτύπωσης εντύπων για τις ανάγκες της Δνσης Κτηνιατρικής της ΠΑΜΘ και του Τμήματος Κτηνιατρικής της Π.Ε Ροδόπης, με διαδικασία απευθείας ανάθεσης

Η Δνση Κτηνιατρικής της ΠΑΜΘ και το Τμήμα Κτηνιατρικής της Π.Ε. Ροδόπης, έχοντας υπόψη ότι:
α) σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία κάθε μετακίνηση παραγωγικών ζώων συνοδεύεται απαραίτητα από τα αντίστοιχα υγειονομικά πιστοποιητικά και τα έγγραφα κυκλοφορίας, β) ότι οι πάσης φύσεως κτηνιατρικοί έλεγχοι στα πλαίσια των προγραμμάτων εξυγίανσης του κτηνοτροφικού κεφαλαίου τεκμηριώνονται από έντυπα και δελτία εξέτασης, γ) ότι είναι άμεση η ανάγκη εκτύπωσης, για το Τμήμα Κτηνιατρικής της Π.Ε Ροδόπης, των παραπάνω αναφερομένων εντύπων τεκμηρίωσης

Προσκαλεί

κάθε ενδιαφερόμενο που θα ήθελε να συνάψει σύμβαση για την εκτύπωση των εντύπων που αναφέρονται παρακάτω, να υποβάλει προσφορά σύμφωνα με τα στοιχεία που αναφέρονται στον πίνακα 1

Πίνακας 1

Περιγραφή	Διάσταση	Αριθμός φύλλων ανά μπλοκ	Αριθμός Τεμαχίων (Μπλοκ)	Χρώματα Φύλλων	Χρώμα Γραμματοσειράς	Αυτό-γραφικό (χημικό)	Τιμή Χωρίς ΦΠΑ ανά/τμχ	Τιμή με ΦΠΑ ανά/τμχ
Μπλοκ Πιστοποιητικό Μετακίνησης Βοοειδών εντός της Ελλάδας Υποδ 1	A3	50x4 (4πλότυπο)	170	Λευκό, Ροζ Πράσινο Κίτρινο	Μαύρο (1 χρώμα)	NAI		
Μπλοκ Έγγραφο κυκλοφορίας – Υγειονομικό πιστοποιητικό (αιγοπροβάτων μετακινούμενων στο εσωτερικό της χώρας) Υποδ 2	A3	50x4 (4πλότυπο)	260	Λευκό, Ροζ Πράσινο Κίτρινο	Μαύρο (1 χρώμα)	NAI		
						NAI		
Μπλοκ Δελτίο Ορολογικού Ελέγχου για τη Βρουκέλλωση Βοοειδών Υποδ 3	A4	50x4 (4πλότυπο)	90	Λευκό, Ροζ Πράσινο Κίτρινο	Μαύρο (1 χρώμα)	NAI		

Η εκτιμώμενη προϋπολογισθείσα δαπάνη ανέρχεται στο ποσό των τριών χιλιάδων εκτατό ευρώ (3.100,00 €) συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ 24% , η οποία θα βαρύνει τον προϋπολογισμό του οικονομικού έτους 2018 της Δ/σης Κτηνιατρικής της Περιφέρειας ΑΜΘ και του Τμήματος Κτηνιατρικής της Π.Ε. Ροδόπης και πιο συγκεκριμένα τον Ειδικό Φορέα : 0292 και ΚΑΕ 5243-0002

Η προσφορά θα υποβληθεί στο Τμήμα Κτηνιατρικής της ΔΑΟΚ Π.Ε. Ροδόπης ταχυδρομικά ή ιδιοχείρως, στο γραφείο 416, 4ος Όροφος, Δημοκρατίας 1, Τ.Κ 69133, Κομοτηνή και με e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση: rodopi73@pamth.gov.gr. Οι προσφορές που υποβάλλονται ιδιοχείρως πρέπει να προσκομίζονται τις εργάσιμες ημέρες, έως τις 3.00μμ.

Τα υποδείγματα των εντύπων εκτύπωσης παρέχονται συνημμένα με το παρόν έγγραφο αλλά και ηλεκτρονικά από το Τμήμα Κτηνιατρικής της Π.Ε Ροδόπης . Καταληκτική ημερομηνία υποβολής των προσφορών στις 05/11/2018 και ώρα 3μμ.

Κριτήριο επιλογής του αναδόχου θα είναι η συνολικά χαμηλότερη δαπάνη εκτύπωσης

Μ.Ε.Π.

Ο Προϊστάμενος Δνσης Κτηνιατρικής

Σαχπατζίδης Αχιλλέας

Συνημμένα :

- 1) Υποδ. 1
- 2) Υποδ. 2
- 3) Υποδ. 3



Πιστοποιητικό Μετακίνησης Βοοειδών εντός της Ελλάδας (1/2)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ		Αρ. πρωτ.:		Ημερομηνία: ___/___/201__	
Περιφέρεια					
Γενική Δ/ση Περιφερειακής Αγροτικής Οικονομίας & Κτηνιατρικής					
Δ/ση Αγροτικής Οικονομίας & Κτηνιατρικής Περιφερειακής Ενότητας					
Τμήμα Κτηνιατρικής /Κτην. Κέντρο/ Αγρ. Κτην.					
Ταχ. δ/ση:		1. Στοιχεία Κτηνοτρόφου – Εκμετάλλευσης (Προέλευσης)			
TK		Κωδικός εκμετάλλευσης EL			
Πληροφορίες:		Επώνυμο, Όνομα			
Τηλέφωνο: 2, fax: 2		Πατρώνυμο, Δήμος			
email:		ΔΔ, Τοποθεσία, TK			
3. Αναχώρηση:		2. Στοιχεία Εμπόρου (2*)			
α) Ημερομηνία ___/___/201__ Ωρα:.....?		Κωδικός εμπόρου: EL, Τύπος Α <input type="checkbox"/> , Β <input type="checkbox"/> (1*)			
β) Προσδοκώμενη διάρκεια ταξιδιού ώρες		Τηλ. επικοινωνίας: 2, 69			
γ) Τόπος αναχώρησης		Δήμος, ΔΔ			
4. Μέσο μεταφοράς (οδικό όχημα, πλοίο, τρένο κτλ)		Τοποθεσία, TK			
α) Είδος		5. Μετακίνηση σε (3*):			
β) Αριθμός κυκλοφορίας--..... (3*)		α) <input type="checkbox"/> άλλη εκμετάλλευση για αναπαραγωγή/πάχυνση			
γ) Κωδικός μεταφοράς, (4*)		β) <input type="checkbox"/> σφαγείο για σφαγή [κωδικός σφαγείου S ..]			
δ) Τηλ. επικοινωνίας: 2, 69		γ) <input type="checkbox"/> σφαγείο για σφαγή λόγω μεταδοτικού νοσήματος [κωδικός σφαγείου S ..]			
		δ) <input type="checkbox"/> βοσκότοπο Ημερομηνία Επιστροφής: ___/___/201__			
		ε) <input type="checkbox"/> έκθεση Ημερομηνία Επιστροφής: ___/___/201__ [N.4039/2012, όπως ισχύει]			
		στ) <input type="checkbox"/> κέντρο συγκέντρωσης [κωδικός EL __ZA__]			
6. Στοιχεία Προορισμού (για τις περιπτώσεις 5α, 5δ και 5ε) (5*)					
α) Κωδικός εκμετάλλευσης προορισμού EL, ΠΕ, Δήμος, Πόλη/Χωριό, Τοποθεσία, TK					
Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο					
Τηλ. επικοινωνίας: 2, 69					
δ) ΠΕ βοσκότοπου, Δήμος, ΔΔ, Τοποθεσία, Κωδικός αγροτεμάχου βοσκότοπου					
Βοσκότοπος: Ιδιόκτητος <input type="checkbox"/> , Δημοτικός <input type="checkbox"/> (1*)					
ε) ΠΕ, Δήμος, Ονομασία Έκθεσης					
7. Αριθμός ζώων (αριθμητικά και ολογράφως)					
a/a	Σήμανση βοοειδούς	a/a	Σήμανση βοοειδούς	a/a	Σήμανση βοοειδούς
1		16		31	
2		17		32	
3		18		33	
4		19		34	
5		20		35	
6		21		36	
7		22		37	
8		23		38	
9		24		39	
10		25		40	
11		26		41	
12		27		42	
13		28		43	
14		29		44	
15		30		45	
<input type="checkbox"/> Ακολουθεί επισυναπτόμενος κατάλογος με τον ίδιο αρ. πρωτ. εφόσον τα βοοειδή είναι >45. (1*)					
Ο/Η Κτηνοτρόφος		Ο/Η Έμπορος			
.....				
Ψευδής ή ελλιπής δήλωση κατά την υποβολή του παρόντος έχει ως αποτέλεσμα την επιβολή κυρώσεων σύμφωνα με το Ν. 4235/2014.					

Υγειονομικές πληροφορίες (6*)

Αρ. πρωτ.: Ημερομηνία: / /201

8. Για αναπαραγωγή/ πάχυνση/ σφαγή/ έκθεση (σημεία 5α, 5β, 5ε και 5στ)

Τα βοοειδή υπό μετακίνηση:

α) προέρχονται από εκμετάλλευση, η οποία είναι επίσημα απαλλαγμένη βρουκέλλωσης/ φυματίωσης/ ενζωοτικής λεύκωσης (B4/ T3/ Λ3) ή απαλλαγμένη βρουκέλλωσης (B3),

β) εφόσον στην αγέλη εφαρμόζεται εμβολιασμός με REV-1, αυτά θα μετακινηθούν για αναπαραγωγή/πάχυνση μόνο σε αγέλη που εφαρμόζει το ίδιο πρόγραμμα,

γ) Ημερομηνία τελευταίας αιμοληψίας για βρουκέλλωση/ ενζ. λεύκωση ___/___/201_ και ημερομηνία τελευταίου φυματινισμού ___/___/201_ εντός τριάντα (30) ημερών πριν τη μετακίνησή τους και εφόσον απαιτείται λόγω ηλικίας, (7*). Επισυνάπτονται τα εργαστηριακά αποτελέσματα.

δ) προέρχονται από εκμετάλλευση/περιοχή που δεν υπόκειται σε απαγόρευση/περιορισμό λόγω άλλου μεταδοτικού νοσήματος ή επιτρέπεται η μετακίνησή τους υπό ειδικούς όρους (περιγράψτε:)

ε) γεννήθηκαν στην εκμετάλλευση ή παρέμειναν τουλάχιστον 30 ημέρες πριν την αναχώρησή τους,

στ) εάν κατά την περίοδο αυτή εισήχθησαν βοοειδή από Τρίτη Χώρα, αυτά παρέμειναν σε απομόνωση για τουλάχιστον 30 ημέρες.

9. Για σφαγή λόγω μεταδοτικού νοσήματος (σημείο 5γ) (8*)

α) Τα βοοειδή υπό μετακίνηση είναι βρουκελλικά/ φυματικά/ λευκωσικά ή είναι υγιή αλλά προέρχονται από μη επίσημα απαλλαγμένες εκμεταλλεύσεις και προορίζονται για σφαγή σύμφωνα με την υπ' αρ. πρωτ. απόφαση λήψης υγειονομικών μέτρων της αρμόδιας Κτηνιατρικής Αρχής.

β) Έχει ενημερωθεί το εγκεκριμένο σφαγείο και έχει οριστεί η σφαγή για την / /201 .

10. Για μετακίνηση σε άλλο βοσκότοπο (σημείο 5δ)

α) Ο υπογεγραμμένος επίσημος κτηνίατρος βεβαιώνει ότι σύμφωνα με τον ατομικό φάκελο του κτηνοτρόφου το υγειονομικό καθεστώς της αγέλης είναι: **i) ως προς τη βρουκέλλωση:** B4 ή εφόσον εφαρμόζεται πρόγραμμα εμβολιασμού αυτή είναι πλήρως εμβολιασμένη με REV-1 και με αρνητικά αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων από όλα τα αρσενικά >12 μηνών, **ii) ως προς τη φυματίωση και την ενζωοτική λεύκωση:** T3, Λ3. Ως εκ τούτου επιτρέπεται η μετακίνησή της από υγειονομικής άποψης, όπου υπάρχει/ουν μόνο αγέλη/ες με ίδιο υγειονομικό καθεστώς στο βοσκότοπο προορισμού,

β) επιτρέπεται η κατά παρέκκλιση μετακίνηση αγελών με χαμηλότερο ή θετικό υγειονομικό καθεστώς (B___, T___, Λ___), σύμφωνα με τα άρθρα 17, 32 και 56 του ΠΔ 101/1985 και το άρθρο 13 της ΥΑ υπ' αρ. 30/3430 (ΦΕΚ 171B/2015).

γ) Ημερομηνία τελευταίας αιμοληψίας ___/___/201_ . **δ)** Ημερομηνία τελευταίου φυματινισμού ___/___/201_ .

ε) Εφόσον τα θηλυκά βοοειδή της αγέλης εμβολιάζονται με το εμβόλιο REV-1, η ημερομηνία τελευταίου εμβολιασμού ήταν ___/___/201_ .

στ) προέρχονται από εκμετάλλευση/περιοχή που δεν υπόκειται σε απαγόρευση/περιορισμό λόγω άλλου μεταδοτικού νοσήματος ή επιτρέπεται η μετακίνησή τους υπό ειδικούς όρους (περιγράψτε:)

ζ) έχει ενημερωθεί εγγράφως η Τοπική Κτηνιατρική Αρχή (ΤΚΑ) προορισμού από την ΤΚΑ προέλευσης της εκμετάλλευσης και έχει απαντήσει θετικά με το υπ' αρ. πρωτ. έγγραφό της.

11. Τα βοοειδή υπό μετακίνηση εξετάστηκαν σήμερα ___/___/201_ , στ.... (9*), εντός 24 ωρών πριν από την αναχώρηση (10*) και **α)** δεν παρουσίασαν καμιά κλινική ένδειξη λοιμώδους ή μεταδοτικής νόσου,

β) ήταν σε φυσική κατάσταση κατάλληλη για την προβλεπόμενη μετακίνηση σύμφωνα με τον Καν (ΕΚ) 1/2005.

γ) Το πιστοποιητικό παραμένει έγκυρο για πέντε (5) ημέρες μετά την ημερομηνία της υγειονομικής επιθεώρησης, δηλαδή μέχρι ___/___/201_ . Σε εξαιρετικές περιπτώσεις λόγω μετακίνησης σε βοσκότοπο (πχ πεζή) το πιστοποιητικό μπορεί να ισχύσει μέχρι 10 ημέρες και διευκρινίζεται στο σημείο 12 από τον κτηνίατρο στον τόπο προέλευσης. Σε περίπτωση ακύρωσης της μετακίνησης, το πιστοποιητικό επιστρέφεται στην εκδίδουσα αρχή.

12. Σχόλια:

Ο/Η κτηνίατρος στον τόπο προέλευσης

13. Αποτελέσματα ελέγχου στον τόπο προορισμού/ σφαγείο:

Το μεταφορικό μέσο μετέφερε βοοειδή από εκμεταλλεύσεις του ίδιου υγειονομικού καθεστώτος και έχει καθαριστεί και απολυμανθεί με εγκεκριμένο από τον ΕΟΦ απολυμαντικό.

14. Ευρήματα σφάγιου (11*):

Ο/Η κτηνίατρος στον τόπο προορισμού/ σφαγείο

Σημειώσεις

(1*) Συμπληρώστε με ☒ την επιλογή σας. (2*) Εφόσον συμμετέχει στη μετακίνηση των ζώων. (3*) Για τα φορτηγά αυτοκίνητα αναγράφεται ο αριθμός κυκλοφορίας και για τα πλοία το όνομα. (4*) Εφόσον η μετακίνηση είναι ≥ 65km. (5*) Να διαγραφεί το σημείο 6 αν τα βοοειδή προορίζονται για σφαγή. (6*) Επιλέξτε μεταξύ των σημείων 8, 9 και 10. Διαγράψτε τα 2 σημεία που δεν επιλέξατε. (7*) Δεν απαιτείται για την περίπτωση σφαγής (σημείο 5β). (8*) Συμπληρώνεται για τα θετικά στη βρουκέλλωση/ φυματίωση/ ενζωοτική λεύκωση βοοειδή ή ζώα από μη επίσημα απαλλαγμένες εκμεταλλεύσεις και πρόκειται να μεταφερθούν με το ίδιο φορτηγό ή πλοίο σε συγκεκριμένο σφαγείο προκειμένου να σφαγούν άμεσα υπό την άμεση εποπτεία των εμπλεκόμενων κτηνιατρικών αρχών. (9*) Τόπος επιθεώρησης. (10*) Η αναχώρηση των ζώων είναι υποχρεωτικό να γίνει εντός 24 ωρών από τη στιγμή της επιθεώρησης. (11*) Συμπληρώνεται βάσει των αποτελεσμάτων του ελέγχου από τον κτηνίατρο του σφαγείου, εφόσον έχει συμπληρωθεί το πεδίο 5β ή 5γ.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7
ΕΓΓΡΑΦΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ – ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
(αιγοπροβάτων μετακινούμενων στο εσωτερικό της χώρας)

ΑΔΑ: 6Λ747ΛΒ-ΩΥΨ

ΜΕΡΟΣ Ι (1, 2)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 Δ.Α.Ο.Κ. ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../20...
 ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΑΓΡΟΤ. ΚΤΗΝΙΑΤΡΕΙΟ/ΚΤΗΝ. ΚΕΝΤΡΟ.....
 Ταχ. Δ/ση:.....
 Τηλ:..... Φαξ:..... email:.....

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΧΟΥ ΑΠΟΣΤΟΛΕΑ (ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)

Κωδικός εκμετάλλευσης: EL

Όνομα: Επώνυμο:.....

Δήμος:..... Διεύθυνση/Τοποθεσία:

Τηλ. Επικοινωνίας:

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΕΑ-ΜΕΣΟΥ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

Είδος μέσου μεταφοράς (π.χ. όχημα, πλοίο κ.ά.):.....

Αριθμός κυκλοφορίας:.....

Μεταφορέας κάτω ή άνω των 65 χλμ

Κωδικός μεταφοράς: EL.....

Τηλ. Επικοινωνίας:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΠΟΡΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ

Κωδικός εμπόρου (τύπου Α ή Β): EL.....

Δήμος:..... Δ/ση/Τοποθεσία:

Τηλ. Επικοινωνίας:

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ

Ημερομηνία αναχώρησης:/...../.....

Εκτιμώμενη διάρκεια μετακίνησης (σε ώρες):.....

5. ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΖΩΩΝ

- 5.1 εκμετάλλευση (πλην κέντρου συγκέντρωσης)
- 5.2 εκμετάλλευση - κέντρο συγκέντρωσης (κωδικός: EL__ZA__)
- 5.3 σφαγείο [σφαγή λόγω μεταδοτικού νοσήματος]
- 5.4 βοσκότοπος θερινής διαμονής [ιδιόκτητος δημόσιος
- 5.5 επιστροφή από βοσκότοπο θερινής διαμονής [ιδιόκτητο δημόσιο
- 5.6 έκθεση ή άλλη εκδήλωση

5.1/5.2 **Κωδικός εκμετάλλευσης: EL**

Όνομα: Επώνυμο:.....

Δήμος:..... Διεύθυνση/Τοποθεσία:

5.3 **Κωδικός σφαγείου: S**

Επωνυμία:

Δήμος:..... Διεύθυνση/Τοποθεσία:

5.6 Επωνυμία έκθεσης/εκδήλωσης:

Περιφ. Ενότητα: Δήμος:.....

Διεύθυνση/Τοποθεσία:

Ημερομηνία επιστροφής:/...../.....

5.4/5.5 ΠΕ βοσκότοπου: Δήμος:.....

Διεύθυνση/Τοποθεσία:

Κωδικός Αγροτεμαχίου ή άλλο ισοδύναμο:.....

5.5 Αριθ. πρωτ. ΕΚ-ΥΠ μετάβασης των ζώων στο βοσκότοπο

θερινής διαμονής:.....

6. ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΖΩΩΝ (αριθμητικά και ολογράφως): πρόβατα..... αίγες.....

6.1 Αριθμός ζώων χωρίς ατομική σήμανση (αριθμητικά και ολογράφως): πρόβατα..... αίγες.....

6.2 Καταγραφή ζώων με ατομική σήμανση*

1.	11.	21.	31.	41.
2.	12.	22.	32.	42.
3.	13.	23.	33.	43.
4.	14.	24.	34.	44.
5.	15.	25.	35.	45.
6.	16.	26.	36.	46.
7.	17.	27.	37.	47.
8.	18.	28.	38.	48.
9.	19.	29.	39.	49.
10.	20.	30.	40.	50.

* Σε περίπτωση που τα μετακινούμενα ζώα με ατομική σήμανση είναι >50, ακολουθεί κατάλογος που αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του παρόντος

7. ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΖΩΩΝ (αφορά μετακινήσεις κάτω των 8 ωρών)

Ο/η υπογράφων/ουσα κάτοχος των μετακινούμενων αιγοπροβάτων και ο/η υπογράφων/ουσα μεταφορέας αυτών, δηλώνω ότι κατά την αναχώρησή τους δεν παρουσιάζουν φυσιολογική αδυναμία ή παθολογικά προβλήματα. Ιδιαίτερα, τα μετακινούμενα ζώα (α) είναι σε θέση να μετακινήθουν ανεξάρτητα, χωρίς πόνο ή να περπατήσουν χωρίς βοήθεια, (β) δεν έχουν σοβαρή ανοικτή πληγή ή πρόπτωση, (γ) δεν είναι θηλυκά ζώα σε κύηση για τα οποία έχει παρέλθει το 90% ή περισσότερο του αναμενόμενου χρόνου κυοφορίας ή θηλυκά ζώα που έχουν γεννήσει την προηγούμενη εβδομάδα, (δ) δεν είναι νεογέννητα των οποίων ο ομφαλός δεν έχει πλήρως επουλωθεί (παράρταφος 2 κεφαλαίου Ι, παραρτήματος Ι κανονισμού 1/2005 του Συμβουλίου).

Ο/η υπογράφων/ουσα κάτοχος των μετακινούμενων αιγοπροβάτων και ο/η υπογράφων/ουσα μεταφορέας, δηλώνω ότι μεταξύ των ζώων περιλαμβάνονται αιγοπρόβατα που επιτίθονται στις περιπτώσεις της παραγράφου 3 του κεφαλαίου Ι του παραρτήματος Ι του κανονισμού (ΕΚ) 1/2005 του Συμβουλίου.

8. ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΜΕΣΟΥ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ (αφορά όλες τις μετακινήσεις)

Ο/η υπογράφων/ουσα μεταφορέας δηλώνω ότι τα ζώα μεταφέρονται με μεταφορικό μέσο (και φέρονται εξοπλισμό) που είχε προηγουμένως καθαρισθεί και απολυμανθεί με εγκεκριμένο απολυμαντικό.

Ο/Η ΚΑΤΟΧΟΣ (αποστολέας των ζώων)

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)

Ο/Η ΜΕΤΑΦΟΡΕΑΣ

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)

Ο/Η ΕΜΠΟΡΟΣ (συμμετέχων-ουσα στη μετακίνηση των ζώων)

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)

(1) Το παρόν υπέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης του άρθρου 8 του ν.1599/1986 (Α'75)

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: , ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / / 20...

9. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τα μετακινούμενα ζώα προορίζονται για:

9.1 Σφαγή (περίπτωση 5.3)	<p>και ανταποκρίνονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις:</p> <input type="checkbox"/> δεν πρέπει να θανατωθούν στο πλαίσιο προγράμματος για την εξάλειψη μεταδοτικού νοσήματος, <input type="checkbox"/> δεν προέρχονται από εκμετάλλευση/περιοχή που υπόκειται σε περιοριστικά υγειονομικά μέτρα, <input type="checkbox"/> κατά τη γνώση της οικείας κτηνιατρικής αρχής, δεν ήρθαν σε επαφή με ζώα εκμετάλλευσης που υπόκειται σε περιοριστικά υγειονομικά μέτρα.
9.2 Σφαγή υπό ειδικούς όρους (περίπτωση 5.3)	<p>και ανταποκρίνονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις:</p> <input type="checkbox"/> προέρχονται από εκμετάλλευση/περιοχή που υπόκειται σε περιοριστικά υγειονομικά μέτρα, αλλά η μετακίνησή τους επιτρέπεται υπό ειδικούς όρους (περιγράψτε:), <input type="checkbox"/> προέρχονται από εκμετάλλευση αγνώστου υγειονομικού καθεστώτος ως προς τη βρουκέλλωση (M1) ή από εκμετάλλευση που δεν έχει εφαρμόσει το πρόγραμμα εμβολιασμού έναντι της βρουκέλλωσης, <input type="checkbox"/> το σφαγείο προορισμού S..... έχει ενημερωθεί και έχει οριστεί η σφαγή τους για την/20....
9.3 Σφαγή λόγω μεταδοτικού νοσήματος (περίπτωση 5.3)	<p>και ανταποκρίνονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις:</p> <input type="checkbox"/> προορίζονται για σφαγή η οποία επιβάλλεται, σύμφωνα με την υπ' αριθ. απόφαση λήψης υγειονομικών μέτρων της οικείας κτηνιατρικής αρχής, <input type="checkbox"/> το σφαγείο προορισμού S..... έχει ενημερωθεί και έχει οριστεί η σφαγή τους για την/20....
9.4 Αναπαραγωγή/πάχυνση/συμμετοχή σε έκθεση ή άλλη εκδήλωση (περιπτώσεις 5.1, 5.2 και 5.6)	<p>και ανταποκρίνονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις:</p> <input type="checkbox"/> δεν πρέπει να θανατωθούν στο πλαίσιο προγράμματος για την εξάλειψη μεταδοτικού νοσήματος, <input type="checkbox"/> δεν προέρχονται από εκμετάλλευση/περιοχή που υπόκειται σε περιοριστικά υγειονομικά μέτρα ή επιτρέπεται η μετακίνησή τους υπό ειδικούς όρους (περιγράψτε:), <input type="checkbox"/> κατά τη γνώση της οικείας κτηνιατρικής αρχής, δεν ήρθαν σε επαφή με ζώα εκμετάλλευσης που υπόκειται σε περιοριστικά υγειονομικά μέτρα, <input type="checkbox"/> είτε προέρχονται από εκμετάλλευση, η οποία είναι επίσημα απαλλαγμένη (M4) ή απαλλαγμένη βρουκέλλωσης (M3) ή αρνητική ως προς τη βρουκέλλωση (M2) <input type="checkbox"/> ή, εφόσον εφαρμόζεται πρόγραμμα εμβολιασμού, αυτή είναι πλήρως εμβολιασμένη με REV-1, με αρνητικά αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων από όλα τα αρσενικά >6 μηνών και η αγέλη προορισμού εφαρμόζει το ίδιο πρόγραμμα, <input type="checkbox"/> ημερομηνία τελευταίας αιμοληψίας για βρουκέλλωση/...../20...., εντός τριάντα (30) ημερών πριν τη μετακίνησή τους και εφόσον απαιτείται λόγω ηλικίας,
9.5 Βοσκότοπο θερινής διαμονής (περιπτώσεις 5.4 και 5.5)	<p>και ανταποκρίνονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις:</p> <input type="checkbox"/> δεν πρέπει να θανατωθούν στο πλαίσιο προγράμματος για την εξάλειψη μεταδοτικού νοσήματος, <input type="checkbox"/> δεν προέρχονται από εκμετάλλευση/περιοχή που υπόκειται σε περιοριστικά υγειονομικά μέτρα ή επιτρέπεται η μετακίνησή τους υπό ειδικούς όρους (περιγράψτε:), <input type="checkbox"/> κατά τη γνώση της οικείας κτηνιατρικής αρχής, δεν ήρθαν σε επαφή με ζώα εκμετάλλευσης που υπόκειται σε περιοριστικά υγειονομικά μέτρα, <input type="checkbox"/> είτε προέρχονται από εκμετάλλευση, η οποία είναι επίσημα απαλλαγμένη (M4) ή απαλλαγμένη βρουκέλλωσης (M3) ή αρνητική ως προς τη βρουκέλλωση (M2), <input type="checkbox"/> ή εφόσον εφαρμόζεται πρόγραμμα εμβολιασμού αυτή είναι πλήρως εμβολιασμένη με REV-1, με αρνητικά αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων από όλα τα αρσενικά >6 μηνών <input type="checkbox"/> ημερομηνία τελευταίας αιμοληψίας/...../201...., <input type="checkbox"/> εφόσον τα θηλυκά ζώα της αγέλης εμβολιάζονται με το εμβόλιο REV-1, η ημερομηνία τελευταίου εμβολιασμού ήταν/...../201...., <input type="checkbox"/> έχει ενημερωθεί εγγράφως η οικεία κτηνιατρική αρχή προορισμού από την οικεία κτηνιατρική αρχή προέλευσης της εκμετάλλευσης και κατόπιν έγκρισης από τον αρμόδιο Δήμο έχει απαντήσει θετικά με το υπ' αριθ. έγγραφο της (ισχύει μόνο για τη μετακίνηση προς τον βοσκότοπο θερινής διαμονής).

10. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τα μετακινούμενα ζώα προέρχονται από:

- περιοχή/ζώνη όπου εφαρμόζεται υποχρεωτικός εμβολιασμός για για τον ορότυπο (όπου υπάρχει) και έχουν εμβολιαστεί στις (ημερομηνία τελευταίου εμβολιασμού) με το (εμπορικό όνομα εμβολίου),
- περιοχή/ζώνη/εκμετάλλευση όπου επιτρέπεται ο εμβολιασμός για για τον ορότυπο (όπου υπάρχει) και έχουν εμβολιαστεί στις (ημερομηνία τελευταίου εμβολιασμού) με το (εμπορικό όνομα εμβολίου),
- εκμετάλλευση στην οποία έχει πραγματοποιηθεί εφαρμογή εντομοαπωθητικού /εξυπαραστοκτόνου στις (ημερομηνία) με το (εμπορικό όνομα φαρμάκου).

11. ΣΧΟΛΙΑ:.....

12. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΦΑΓΗΣ / ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ:

Ο/Η ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΣ
(στον τόπο προορισμού)
(ονοματεπώνυμο, υπογραφή & σφραγίδα)

- Το έγγραφο κυκλοφορίας-υγειονομικό πιστοποιητικό παραμένει σε ισχύ για πέντε (5) ημέρες από την ημερομηνία έκδοσής του. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις λόγω μετακίνησης σε βοσκότοπο (πχ πεζή) το πιστοποιητικό μπορεί να ισχύσει μέχρι 10 ημέρες και διευκρινίζεται στο σημείο 11 από τον κτηνίατρο στον τόπο προέλευσης.
 - Σε περίπτωση ακύρωσης της μετακίνησης, το πιστοποιητικό επιστρέφεται στην εκδίδουσα αρχή.

Ο/Η ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΣ
(στον τόπο προέλευσης)
(ονοματεπώνυμο, υπογραφή & σφραγίδα)

Δελτίο Ορολογικού Ελέγχου για τη Βρουκέλλωση Βοοειδών

Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης					Κτηνιατρικό Εργαστήριο				
Περ. Ενότητα Ροδόπης					Αρ. δελτίου:				
Τμήμα Κτην./ Αγροτ. Κτην.									
Αρ. πρωτ./, / /201					Αρ. πρωτ./, / /201				
Πληροφορίες:					Πληροφορίες:				
Τηλέφωνο:					Τηλέφωνο:				
Ονοματεπώνυμο Κτηνοτρόφου/ων ¹ :									
Κωδικός/οί εκμετάλλευσης/εων ¹ : EL _____, EL _____, EL _____									
Τηλέφωνο: Τόπος εκμετάλλευσης									
Υγ. καθεστώς ² : Β_ / ή Εβ+ <input type="checkbox"/> / ή Εβ- <input type="checkbox"/> / ή Θβ+ <input type="checkbox"/> Ημ.					Εμβολιασμός με RB-51: <input type="checkbox"/>				
εμβολιασμού με REV-1: _____ / _____ /201					Ημ. εμβολιασμού με RB-51: _____ / _____ /201				
Η αιμοληψία έγινε λόγω: α) διατήρησης καθεστώτος Β3 ή Β4 <input type="checkbox"/> , β) μετακίνησης βοοειδών <input type="checkbox"/> , γ) θετικής γαλακτοληψίας <input type="checkbox"/> , δ) αλλαγής καθεστώτος <input type="checkbox"/> , ε) έλεγχος αποτελεσματικότητας REV-1 <input type="checkbox"/> , στ) αποβολές <input type="checkbox"/> , ζ) άλλος λόγος <input type="checkbox"/> (προσδιορίστε)									
Αρ. δειγμάτων:					Ημ. διενέργειας της αιμοληψίας: _____ / _____ /201				
Αποτελέσματα Εργαστηριακών Εξετάσεων³									
Ημ. παραλαβής δειγ.: _____ / _____ /201					Κατάσταση δειγμάτων:			Αρ. δειγμάτων με αιμόλυση:	
Ημ. εξέτασης με RBT: _____ / _____ /201					Ημ. εξέτασης με CFT ή i-Elisa: _____ / _____ /201				
α/α δειγ.	Σήμανση βοοειδούς	RBT	CFT	Φύλο	α/α δειγ.	Σήμανση βοοειδούς	RBT	CFT	Φύλο
1	EL				21	EL			
2	EL				22	EL			
3	EL				23	EL			
4	EL				24	EL			
5	EL				25	EL			
6	EL				26	EL			
7	EL				27	EL			
8	EL				28	EL			
9	EL				29	EL			
10	EL				30	EL			
11	EL				31	EL			
12	EL				32	EL			
13	EL				33	EL			
14	EL				34	EL			
15	EL				35	EL			
16	EL				36	EL			
17	EL				37	EL			
18	EL				38	EL			
19	EL				39	EL			
20	EL				40	EL			
Παρατηρήσεις:									
Ο ενεργήσας τη γαλακτοληψία Ονοματεπώνυμο		Ο Προϊστάμενος του Τμήματος Κτην./ Αγροτ. Κτην. (Ονοματεπώνυμο)			Ο ενεργήσας την εξέταση Ονοματεπώνυμο			Ο Υπεύθυνος του Εργαστηρίου Ονοματεπώνυμο	
Σημειώσεις: 1) Σημειώνονται όλοι οι συστεγαζόμενοι ιδιοκτήτες – κωδικοί συστεγαζόμενων εκμεταλλεύσεων. 2) Σημειώνεται το υγειονομικό καθεστώς της εκμετάλλευσης. Σε περίπτωση που πρόκειται για εκμετάλλευση αγελαίων βοοειδών όπου εφαρμόζεται πρόγραμμα εμβολιασμού με REV-1, αναγράφεται: «Εβ+» αν έχει γίνει εμβολιασμός με REV-1, «Εβ-» αν δεν έχει γίνει και «Θβ+» αν στην εκμετάλλευση υπήρξε θετικό/ά κρούσμα/τα κατά την προηγούμενη επίσκεψη. 3) Η σήμανση συμπληρώνεται από τον ενεργήσαντα την αιμοληψία									