



I. DATOS DEL / DE LA PROPIETARIO/A	
1. Nombre(s):	_____
Apellido(s):	_____
Dirección postal:	_____
Código postal:	_____
Localidad:	_____
País:	_____
Número de teléfono*:	_____
Firma:	_____
2. Nombre(s):	_____
Apellido(s):	_____
Dirección postal:	_____
Código postal:	_____
Localidad:	_____
País	_____
Número de teléfono*:	_____
Firma:	_____
* facultativo	
código ISO del país + número	

V. VACUNACIÓN ANTIRRÁBICAS			
FABRICANTE y DENOMINACIÓN DE LA VACUNA	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VACUNACIÓN ¹ VÁLIDA DESDE EL ²	VETERINARIO AUTORIZADO
código ISO del país + número		1	[Placeholder for stamp/initials]
		2	
		3	
		1	[Placeholder for stamp/initials]
		2	
		3	

* Deberá recoger, al menos, el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma.

VI. PRUEBA DE VALORACIÓN DE ANTICUERPOS DE LA RABIA	
El abajo firmante confirma que se le ha presentado un documento oficial en el que se acredita la realización de una prueba de valoración de anticuerpos de la rabia en un laboratorio autorizado por la UE con una muestra de sangre del animal descrito previamente, recogida en la fecha indicada a continuación, cuyo resultado fue un nivel de anticuerpos neutralizantes en suero igual o superior a 0,5 UI/ml como respuesta a la vacunación antirrábica.	
Muestra recogida el:	_____
Nombre del veterinario autorizado:	_____
Dirección postal:	_____
Teléfono:	_____
Fecha:	_____
[Placeholder for stamp/initials] SELLO y FIRMA	