

CERTIFICATE OF HEALTH AND ORIGIN

FOR IMPORT OF A DOG TO ICELAND FROM A CATEGORY 1 COUNTRY

СЕРТИФИКАТ ЗА ЗДРАВЕ И ПРОИЗХОД НА КУЧЕТА ПРИ ВНОС В ИСЛАНДИЯ ОТ ДЪРЖАВИ ОТ КАТЕГОРИЯ 1

Regulation 200/2020 on the Importation of Dogs and Cats/Регламент 200/2020 за внос на кучета и котки

Category 1 countries: Australia, Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Faroe Islands, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Japan, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Norway (Svalbard excl.), Portugal, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United Kingdom/**Държави от Категория 1: Австралия, Австрия, Белгия, България, Хърватия, Кипър, Чехия, Дания, Естония, Фарьорски острови, Финландия, Франция, Германия, Гърция, Унгария, Ирландия, Италия, Япония, Латвия, Лихтенщайн, Литва, Люксембург, Малта, Холандия, Норвегия (без Свалбард), Португалия, Сърбия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Обединени арабски емирства, Обединеното кралство**

PART 1 - IDENTIFICATION OF IMPORTER OF DOG/ЧАСТ 1 – ИДЕНТИФИКАЦИЯ НА ВНОСИТЕЛЯ НА КУЧЕТО		
Importer (full name as it appears on import permit)/Вносител (пълното име, както е посочено в разрешението за внос)		Tel.no./Телефонен номер:
Address/Адрес	Postal code/Пощенски код	City/Град
Country/Страна	e-mail address/електронен адрес	

PART 2 - IDENTIFICATION AND ORIGIN OF DOG/ЧАСТ 2 ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ПРОИЗХОД НА КУЧЕТО			
Country of export. The dog must have remained in a category 1 country since birth or at least 6 months prior to import/Страна на износ. Кучето трябва да е останало в държава от Категория 1 от раждането или най-малко 6 месеца преди вноса		Import permit no/№ на разрешителното за внос	Date of birth (dd/mm/yy)/Дата на раждане (дд/мм/гг)
ID-no (microchip no)/идентификационен № (№ на микрочипа)	Date of implantation and/or reading of microchip/Дата на имплантиране и/или разчитане на микрочип	<input type="checkbox"/> Male/Мъжко <input type="checkbox"/> Intact/Некастрирано <input type="checkbox"/> Female/Женско <input type="checkbox"/> Neutered/Кастрирано	
Name/Име	Breed/Порода	Fur/color/Цвят на козината	

PART 3 - DECLARATION BY OWNER/IMPORTER/ЧАСТ 3 – ДЕКЛАРАЦИЯ ОТ СОБСТВЕНИКА/ВНОСИТЕЛЯ
I, the undersigned importer* of the dog identified in part 2 of this certificate, declare that the following applies to the dog:/Аз, долуподписаният вносител* на кучето, описано в част 2 на този сертификат декларирам, че
<input type="checkbox"/> During the last 6 months prior to importation (or since birth) the dog has (choose a or b): a) remained in the country of export / b) visited other category 1 countries . If b) applies, what country/countries/През последните 6 месеца преди вноса (или от раждането) кучето е (изберете а или б): а) е останало в страната на износа / б) е посетило други държави от категория 1. Ако е приложимо б), коя държава/държави:
<input type="checkbox"/> Applies to <u>intact</u> dogs only (males and females): During the last 60 days prior to importation the dog has not mated naturally/Отнася се само за <u>некастрирани</u> кучета (мъжки и женски): През последните 60 дни преди вноса кучето не се е чифтосвало естествено
<input type="checkbox"/> At the time of importation the dog is neither pregnant nor nursing puppies. At the time of importation the dog will not require treatment in relation to surgery or disease (some exemptions may apply but only with special permission granted by MAST)/Към момента на внос

кучето не е нито бременно, нито кърмещо кученцата си. По време на вноса кучето няма да се нуждае от лечение във връзка с операция или заболяване (може да се прилагат някои изключения, но само със специално разрешение, предоставено от MAST)

Place/Място	Date (dd/mm/yy)/Дата(дд/мм/гг)	Signature of/Подпис на <input type="checkbox"/> importer/вносител / <input type="checkbox"/> on behalf of importer/от името на вносителя
-------------	--------------------------------	--

**If applicable, the caretaker of the dog in the country of export can sign the declaration on behalf of the importer/*Ако е приложимо, този, който се грижи за кучето в страната на износ може да подпише декларацията от името на вносителя.*

PART 4 - ESTIMATED ARRIVAL OF DOG TO ICELAND & QUARANTINE RESERVATIONS – ОЧАКВАНО ПРИСТИГАНЕ НА КУЧЕТО В ИСЛАНДИЯ И РЕЗЕРВАЦИИ ЗА КАРАНТИНЕН ПРЕСТОЙ

The permitted time for arrival of animals at Keflavík airport: between 06:00 and 17:00 on the quarantine admission days. It is possible to apply directly to MAST for permission for arrival outside of these specified hours. Such permission is not guaranteed. **This will result in considerable additional costs payable by the importer in relation to inspection and supervision/Допустимите часове за внос на животни на летище Кефлавик са между 06:00 и 17:00 часа в приемните дни за карантиниране.** Може да кандидатствате директно в MAST за разрешение за пристигане извън посочените часове. Такова разрешение не е гарантирано. **Това ще доведе до значителни допълнителни разходи, дължими от вносителя във връзка с инспекцията и надзора.**

Estimated date and time of arrival in Iceland/Очаквана дата и време на пристигане в Исландия	Flight number/Номер на полета	Quarantine reservations at/Резервация за <input type="checkbox"/> HAFNIR (Reykjanesbær) <input type="checkbox"/> MÓSEL (Hella)
--	-------------------------------	--

PART 5 – VACCINATIONS/ЧАСТ 5 – ВАКСИНАЦИИ

I, the undersigned authorised veterinarian, confirm that the dog identified in part 2, based upon original vaccination documents and laboratory certificates, fulfills the following requirements laid down in parts 5 a)-f)

/Аз, долуподписаният лицензиран ветеринарен лекар потвърждавам, че кучето, описано в част 2, въз основа на оригинални ваксинационни документи и лабораторни сертификати, отговаря на следните изисквания определени в части 5 а)-f)

The dog has been vaccinated according to the specific guidelines for each vaccine regarding the age of the dog when vaccinated and the numbers of vaccination needed to give the full protection of the vaccine. If the primary vaccination requires a booster (a follow up) vaccination, the dog is not considered fully vaccinated until it has been given the booster vaccine within a set timeframe/Кучето е било ваксинирано съгласно специфичните указания за всяка ваксина по отношение на възрастта на кучето, когато е ваксинирано, и броя на ваксините, необходими за осигуряване на пълна защита на ваксината. Ако първичната ваксинация изисква бустер (последваща) ваксинация, кучето не се счита за напълно ваксинирано, докато не му бъде поставена бустерна ваксина в рамките на определен срок.

5 a) Rabies vaccination and antibody titre test/Ваксинация срещу бяс и тест за титър на антитела

The dog was at least 12 weeks old at the time of vaccination and any subsequent revaccination was carried out within the period of validity of the preceding vaccination/Кучето е на възраст най-малко 12 седмици към момента на ваксинацията и всяка последваща реваксинация е извършена в рамките на периода на валидност на предходната ваксинация.

A rabies antibody titre test carried out on a blood sample taken at least 30 days after the preceding valid rabies vaccination, proved an antibody titre equal to or greater than 0,5 IU/ml. A laboratory report of rabies antibody titre test must be submitted with this certificate/Тестът за титър на антитела срещу бяс, извършен върху кръвна проба, взета най-малко 30 дни след предходната валидна ваксинация срещу бяс, доказва титър на антитела, равен или по-голям от 0,5 IU/ml. Към този сертификат трябва да се представи лабораторен доклад за титъра на антитела срещу бяс.

Details of the current rabies vaccination and sampling for antibody titre test/Подробности за текущата ваксинация срещу бяс и вземане на проби за тест за титър на антитела

Vaccine name and manufacturer/ Име на ваксината и производителя	Batch number/Партиден номер	Date of vaccination (dd/mm/yy)/ Дата на ваксинация (дд/мм/гг)	Valid until (dd/mm/yy)/ Валидна до (дата/мес /година)
Date of blood sampling (dd/mm/yy)/Дата на вземане на кръвна проба (дд/мм/гг)		Name of laboratory (approved rabies serology laboratory)/Име на лабораторията (одобрена серологична лаборатория за бяс)	

5 b)-f) Other vaccinations/Други ваксинации

Regarding parts 5 b)-f): The dog was fully vaccinated in accordance with manufacturer directions against the following diseases with the last vaccination given no less than **14 days** prior to importation to Iceland/По отношение на части 5 b)-f): Кучето е напълно ваксинирано в съответствие с указанията на производителя срещу следните заболявания, като последната ваксина е направена не по-малко от 14 дни преди вноса в Исландия.

Vaccination against /Ваксинация срещу	Date of vaccination (dd/mm/yy) /Дата на ваксинация (дд/мм/гг)	Vaccine name and manufacturer /Име и производител на ваксината	Valid until (dd/mm/yy) /Валидна до (дд/мм/гг)
5 b) Leptospirosis			
5 c) Canine distemper			
5 d) Infectious canine hepatitis			
5 e) Canine parvovirus			
5 f) Canine parainfluenza			

NB! LABORATORY REPORTS MUST BE IN ENGLISH/ЛАБОРАТОРНИТЕ ДОКЛАДИ ТРЯБВА ДА СА НА АНГЛИЙСКИ ЕЗИК

Importer/Вносител	Name of dog/Име на кучето
-------------------	---------------------------

PART 6 - LABORATORY TESTS WITHIN 30 DAYS PRIOR TO IMPORTATION/ЧАСТ 6 – ЛАБОРАТОРНИ ТЕСТОВЕ В РАМКИТЕ НА 30 ДНИ ПРЕДИ ВНОСА

I, the undersigned authorised veterinarian, confirm that the dog identified in part 2, based upon original laboratory certificates, fulfills the following requirements as stated in in parts 6 a)-b)/Аз, долуподписаният лицензиран ветеринарен лекар потвърждавам, че кучето описано в част 2, въз основа на оригинални лабораторни сертификати, отговаря на следните изисквания, както е посочено в части 6 a)-b)

6 a) Brucellosis (*Brucella canis*)/БРУЦЕЛОЗА

A blood sample drawn within the last 30 days prior to importation has been tested for brucellosis (*Brucella canis*) with a negative result/Кръвна проба, взета в рамките на последните 30 дни преди вноса, е тествана за бруцелоза (*Brucella canis*) с отрицателен резултат. Approved laboratory methods for testing of *B.canis*: IFAT, RSAT, TAT. The laboratory report must be submitted with this certificate/Одобрени лабораторни методи за изследване на *B.canis*: IFAT, RSAT, TAT. Лабораторният доклад трябва да бъде представен с този сертификат.

Date of blood sampling/Дата на взимане на пробата	Name of laboratory/Име на лабораторията
---	---

b) Leishmaniosis (*Leishmania spp.*) - APPLIES ONLY TO INTACT MALES AND FEMALES/ПРИЛАГА СЕ САМО ЗА НЕКАСТРИРАНИ МЪЖКИ И ЖЕНСКИ

Leishmaniosis testing is not required for neutered male/female dogs. The veterinarian must confirm the reproductive status of the dog as stated in Part 2/Тестването за лайшманиоза не се изисква за кастрирани мъжки/женски кучета. Ветеринарният лекар трябва да потвърди репродуктивния статус на кучето, както е посочено в част 2.

A blood sample drawn within the last 30 days prior to importation has been tested for leishmaniosis (*Leishmania spp.*) with a negative result/Кръвна проба, взета в рамките на последните 30 дни преди вноса, е тествана за лайшманиоза (*Leishmania spp.*) с отрицателен резултат.

Approved laboratory methods for testing of *Leishmania spp.*: PCR, ELISA. The laboratory report must be submitted with this certificate/Одобрени лабораторни методи за изследване на *Leishmania spp.*: PCR, ELISA. Лабораторният доклад трябва да бъде представен с този сертификат.

Date of blood sampling/Дата на взимане на кръвна пробата	Name of laboratory/Име на лабораторията
--	---

PART 7/ЧАСТ 7 - *Angiostrongylus vasorum* - EITHER LABORATORY TEST (within 30 d.) OR TREATMENT (5-10 d.)/ИЛИ ЛАБОРАТОРЕН ТЕСТ (в рамките на 30 дни), ИЛИ ТРЕТИРАНЕ (5-10 дни)

I, the undersigned authorised veterinarian, confirm that the dog identified in part 2, fulfills either part 7a) or 7b) regarding testing/treatment for *A.vasorum*. Choose either 7a) or 7b) as applicable/Аз, долуподписаният лицензиран ветеринарен лекар, потвърждавам, че кучето, описано в част 2, отговаря на част 7a) или 7b) по отношение на тестване/третиране за *A.vasorum*. Изберете 7a) или 7b), според случая:

7 a) *Angiostrongylus vasorum* - laboratory test within 30 days of importation/ *Angiostrongylus vasorum* - лабораторен тест в рамките на 30 дни преди вноса

A blood or faeces sample taken within the last 30 days prior to importation has been tested for *A. vasorum* with a negative result. Approved laboratory methods for testing of *A. vasorum*: Blood sample: ELISA, PCR. Faeces sample: Baermann method. The laboratory report must be submitted with this certificate/Проба от кръв или фекалии, взета в рамките на последните 30 дни преди вноса, е била тествана за *A. vasorum* с отрицателен резултат. Одобрени лабораторни методи за изследване на *A. vasorum*: Кръвна проба: ELISA, PCR. Проба от фекалии: метод на Баерман. Лабораторният доклад трябва да бъде представен с този сертификат.

Date of blood/faeces sampling (dd/mm/yy)/Дата на вземане на кръв/фекалии (дд/мм/гг)	Name of laboratory/Име на лабораторията
---	---

7 b) *Angiostrongylus vasorum* - treatment between 10 and 5 days prior to importation/ *Angiostrongylus vasorum*- третиране между 10 и 5 дни преди вноса

The dog has been treated for <i>A. vasorum</i> with an approved antiparasitic medicinal product indicated for <i>A. vasorum</i> as stated below/ Кучето е третирано за <i>A. vasorum</i> с одобрен антипаразитен лекарствен продукт, предназначен за <i>A. vasorum</i>, както е посочено по-долу:	
Date of treatment (dd/mm/yy)/ Дата на третирането (дд/мм/гг)	Name and manufacturer of the product containing imidacloprid and moxidectin (Advocate® or Advantage Multi®)/ Име и производител на продукта, съдържащ имидаклоприд и моксидектин (Advocate® или Advantage Multi®)

PART 8/ЧАСТ 8 а) PARASITE TREATMENT NR. 1 OF 2 - BETWEEN 28 AND 21 DAYS PRIOR TO IMPORTATION/АНТИПАРАЗИТНО ТРЕТИРАНЕ 1 ОТ 2 - МЕЖДУ 28 И 21 ДНИ ПРЕДИ ВНОС

I, the undersigned authorised veterinarian, have treated the dog identified in part 2 with an approved antiparasitic medicinal product as stated below/**Аз, долуподписаният лицензиран ветеринарен лекар, третирах кучето, описано в част 2, с одобрен антипаразитен лекарствен продукт, както е посочено по-долу:**

i) Treatment for internal parasites. Medicinal product must be indicated for roundworms and tapeworms/Третиране за вътрешни паразити. Лекарственият продукт трябва да бъде предназначен за кръгли червеи и тения.

Date of treatment (dd/mm/yy)/ Дата на третиране (дд/мм/гг)	Name and manufacturer of the product/ Име и производител на продукта	Route of administration/ Начин на прилагане: <input type="checkbox"/> PO/орално <input type="checkbox"/> SC/подкожно <input type="checkbox"/> IM/мускулно <input type="checkbox"/> Topical/локално <input type="checkbox"/> Other (specify)/ Друго(посочете)
---	---	--

ii) Treatment for external parasites. Medicinal product must be indicated for lice, fleas and ticks./Третиране за външни паразити. Лекарственият продукт трябва да бъде посочен за въшки, бълхи и кърлежи.****

Date of treatment (dd/mm/yy)/ Дата на третиране (дд/мм/гг)	Name and manufacturer of the product/ Име и производител на продукта	Route of administration/ Начин на прилагане: <input type="checkbox"/> PO/орално <input type="checkbox"/> SC/подкожно <input type="checkbox"/> IM/мускулно <input type="checkbox"/> Topical/локално <input type="checkbox"/> Other (specify)/ Друго(посочете)
---	---	--

PART 8 b) PARASITE TREATMENT NR. 2 OF 2 - BETWEEN 10 AND 5 DAYS PRIOR TO IMPORTATION/ АНТИПАРАЗИТНО ТРЕТИРАНЕ 2 ОТ 2 - МЕЖДУ 10 И 5 ДНИ ПРЕДИ ВНОСА

I, the undersigned authorised veterinarian, have treated the dog identified in part 2 with an approved antiparasitic medicinal product as stated below:/**Аз, долуподписаният лицензиран ветеринарен лекар, третирах кучето, описано в част 2, с одобрен антипаразитен лекарствен продукт, както е посочено по-долу:**

i) Treatment for internal parasites. Medicinal product must be indicated for roundworms and tapeworms/Третиране за вътрешни паразити. Лекарственият продукт трябва да бъде предназначен за кръгли червеи и тения.

Date of treatment (dd/mm/yy)/ Дата на третиране (дд/мм/гг)	Name and manufacturer of the product/ Име и производител на продукта	Route of administration/ Начин на прилагане: <input type="checkbox"/> PO/орално <input type="checkbox"/> SC/подкожно <input type="checkbox"/> IM/мускулно <input type="checkbox"/> Topical/локално <input type="checkbox"/> Other (specify)/ Друго(посочете)
---	---	--

ii) Treatment for external parasites. Medicinal product must be indicated for lice, fleas and ticks./Третиране за външни паразити. Лекарственият продукт трябва да бъде предназначен за въшки, бълхи и кърлежи.****

Date of treatment (dd/mm/yy)/ Дата на третиране (дд/мм/гг)	Name and manufacturer of the product/ Име и производител на продукта	Route of administration/ Начин на прилагане: <input type="checkbox"/> PO/орално <input type="checkbox"/> SC/подкожно <input type="checkbox"/> IM/мускулно <input type="checkbox"/> Topical/локално <input type="checkbox"/> Other (specify)/ Друго(посочете)
---	---	--

****Long-acting products for external parasites given as a 1st treatment, may be valid as the 2nd treatment as well, if it is still valid at the time of importation/Дългодействащите продукти за външни паразити, дадени за 1-во третиране, могат да бъдат валидни и като 2-ро третиране, ако все още са валидни към момента на внос**

PART 9 HEALTH EXAMINATION BETWEEN 10 AND 5 DAYS PRIOR TO IMPORTATION/ЧАСТ 9 ЗДРАВЕН ПРЕГЛЕД МЕЖДУ 10 И 5 ДНИ ПРЕДИ ВНОСА/

I, the undersigned authorised veterinarian, have today examined the dog identified in part 2 and confirm that it does not show any symptoms of contagious diseases or external parasites/**Аз, долуподписаният лицензиран ветеринарен лекар, прегледах днес кучето, описано в част 2, и потвърждавам, че то не показва никакви симптоми на заразни болести или външни паразити.**

- I have examined the dog with respect to tongue worms (*L. serrata*), scabies (*S. scabiei spp.*), dermatophytosis (*M. canis*, *M. gypseum*, *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum*) and canine transmissible venereal tumors (CTVT by thorough examinations of external genitals)/ Прегледах кучето по отношение на (*L. serrata*), краста (*S. scabiei spp.*), дерматофитоза (*M. canis*, *M. gypseum*, *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum*) и кучешки трансмисивни венерически тумори (CTVT чрез задълбочени прегледи на външни полови органи)
- I confirm that the microchip number listed on all documentation accompanying this certificate matches the microchip number scanned in the dog identified in part 2/Потвърждавам, че номерът на микрочипа, посочен в цялата документация, придружаваща този сертификат, съпада с номера на микрочипа, сканиран в кучето, описано в част 2.
- The dog is to be imported to Iceland within maximum 10 days/Кучето ще бъде внесено в Исландия в рамките на максимум 10 дни.

PART 10 SIGNATURE OF AUTHORISED VETERINARIAN/ЧАСТ 10 ПОДПИС НА ЛИЦЕНЗИРАНИЯ ВЕТЕРИНАРЕН ЛЕКАР

Name, qualification and title of authorised veterinarian/Име, квалификация и длъжност на лицензирания ветеринарен лекар	e-mail address of authorised veterinarian/и-мейл адрес на лицензирания ветеринарен лекар
Veterinary hospital name, address and tel.no./Име на ветеринарна клиника, адрес и тел.	Place and date of signature/Място и дата на подписа
	Signature & stamp of authorised veterinarian/Подпис и печат на лицензирания ветеринарен лекар

PART 11 IS TO BE COMPLETED BY THE ICELANDIC FOOD AND VETERINARY AUTHORITY (MAST)/ЧАСТ 11 СЕ ПОПЪЛВА ОТ ИСЛАНДСКИЯ ОРГАН ПО ХРАНИТЕ И ВЕТЕРИНАРНИТЕ ВЪПРОСИ (MAST)

PART 11 PRE-APPROVAL OF CERTIFICATE BY THE ICELANDIC FOOD AND VETERINARY AUTHORITY (MAST)/ЧАСТ 11 ПРЕДВАРИТЕЛНО ОДОБРЕНИЕ НА СЕРТИФИКАТА ИСЛАНДСКИЯ ОРГАН ПО ХРАНИТЕ И ВЕТЕРИНАРНИТЕ ВЪПРОСИ (MAST)

Place and date of signature/Място и дата на подпис	Signature & stamp of veterinary officer/Подпис и печат на ветеринарен служител	MST
--	--	-----

THIS CERTIFICATE AND TEST REPORTS MUST BE SENT TO MAST BY E-MAIL (petimport@mast.is) NO LESS THAN 5 DAYS BEFORE IMPORTATION/ТОЗИ СЕРТИФИКАТ И ДОКЛАДИТЕ ОТ ТЕСТОВЕТЕ ТРЯБВА ДА СЕ ИЗПРАЩАТ НА MAST ПО И-МЕЙЛ (petimport@mast.is) НАЙ-МАЛКО 5 ДНИ ПРЕДИ ВНОС

NB! LABORATORY REPORTS MUST BE IN ENGLISH/ЛАБОРАТОРНИТЕ ДОКЛАДИ ТРЯБВА ДА СА НА АНГЛИЙСКИ ЕЗИК