

**MODEL ANIMAL HEALTH CERTIFICATE FOR IMPORTS INTO THE UNION
OF DOGS, CATS AND FERRETS**

COUNTRY: United States

VETERINARY CERTIFICATE TO EU

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| Part I : Details of dispatched consignment / Teil I: Angaben zur Sendung | I.1. Consignor / Absender Name / Name Address / Anschrift Country / Land Tel. / Tel.-Nr. | | I.2. Certificate reference No / Bezugsnr. der Bescheinigung | | I.2.a. | |
| | | | I.3. Central competent authority / Zuständige oberste Behörde | | | |
| | | | I.4. Local competent authority / Zuständige örtliche Behörde | | | |
| | I.5. Consignee / Empfänger Name / Name Address / Anschrift Country / Land Tel. / Tel.-Nr. | | I.6. | | | |
| | I.7. Country of origin / Herkunftsland | | I.8. | | I.9. Country of destination / Bestimmungsgland | |
| | ISO code / ISO-Code | | | | I.10. Region of destination / Bestimmungsregion | |
| | | | | | Code / Code | |
| | I.11. Place of origin / Herkunftsort | | I.12. Place of destination / Bestimmungsort | | | |
| | Name / Name | | Name / Name | | | |
| | Address / Anschrift | | Address / Anschrift | | | |
| Approval number / Zulassungsnummer | | Approval number / Zulassungsnummer | | | | |
| Name / Name | | Approval number / Zulassungsnummer | | | | |
| Address / Anschrift | | Name / Name | | | | |
| Approval number / Zulassungsnummer | | Address / Anschrift | | | | |
| Name / Name | | Approval number / Zulassungsnummer | | | | |
| Address / Anschrift | | I.14. Date of departure / Datum des Abtransports | | | | |
| Approval number / Zulassungsnummer | | | | | | |
| I.13. Place of loading / Verladeort | | | | | | |
| I.15. Means of transport / Transportmittel | | I.16. Entry BIP in EU / Eingangsgrenzkontrollstelle | | | | |
| Aeroplane / <input type="checkbox"/> Ship / <input type="checkbox"/> Railway wagon / <input type="checkbox"/> Flugzeug Schiff Eisenbahnwaggon | | I.17. | | | | |
| Road vehicle / <input type="checkbox"/> Other / <input type="checkbox"/> Straßenfahrzeug Andere | | | | | | |
| Identification / Kennzeichnung | | | | | | |
| Documentary references / Bezugsdokumente | | | | | | |
| I.18. Description of commodity / Beschreibung der Ware | | | I.19. Commodity code (HS code) / Warencode (HS-Code) 010619 | | | |
| | | | I.20. Quantity / Menge | | | |
| I.21. | | | I.22. Number of packages / Anzahl Packstücke | | | |
| I.23. Seal/Container No / Plomben-/Containernummer | | | I.24. | | | |
| I.25. Commodities certified for: / Waren zertifiziert für: | | | | | | |
| Others / Sonstiges <input type="checkbox"/> Pets / Heimtiere <input type="checkbox"/> Approved bodies / Zugelassene Einrichtungen <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| I.26. | | | I.27. For import or admission into EU/ Für Einfuhr in die EU oder Zulassung <input type="checkbox"/> | | | |

I.28. Identification of the commodities / *Kennzeichnung der Waren*

| Species (Scientific name) / <i>Art (wissenschaftl. Bezeichn.)</i> | Identification system / <i>Identifizierungssystem</i> | Date of application and/or reading of the transponder or tattoo [dd/mm/yyyy] / <i>Datum der Transponder-Implantierung/ der Tätowierung und/oder der Ablesung</i> | Identification number / <i>Kennnummer</i> | Date of birth [dd/mm/yyyy] / <i>Geburtsdatum</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

Part II: Certification / Teil II: Bescheinigung

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------|
| II. | Health information / Gesundheitsinformationen | II.a. Certificate reference No / Bezugsnr. der Bescheinigung | II.b. |
| <p>I, the undersigned official veterinarian of United States certify that the animals described in Box I.28 / <i>Der unterzeichnete amtliche Tierarzt/</i> <i>Die unterzeichnete amtliche Tierärztin von United States bescheinigt hiermit, dass für die in Feld I.28 bezeichneten Tiere Folgendes gilt:</i></p> | | | |
| <p>II.1. come from holdings or businesses described in Box I.11 which are registered by the competent authority and are not subject to any ban on animal health grounds, where the animals are examined regularly and which comply with the requirements ensuring the welfare of the animals held / <i>Sie stammen aus den in Feld I.11 bezeichneten Betrieben oder Handelsunternehmen, die von der zuständigen Behörde registriert sind und keinerlei tierseuchenrechtlich begründeten Spermaßnahmen unterliegen; die dort gehaltenen Tiere werden regelmäßig untersucht, und die Anforderungen bezüglich der Gewährleistung ihres Wohlergehens werden erfüllt;</i></p> | | | |
| <p>II.2. showed no signs of diseases and were fit to be transported for the intended journey at the time of examination by a veterinarian authorised by the competent authority within 48 hours prior to the time of dispatch / <i>sie wiesen zum Zeitpunkt der Untersuchung durch eine(n) von der zuständigen Behörde ermächtigte(n) amtliche(n) Tierarzt/Tierärztin innerhalb von 48 Stunden vor dem Versand keinerlei Krankheitszeichen auf und waren für die vorgesehene Reise transportfähig;</i></p> | | | |
| <p>⁽¹⁾either/ [II.3. entweder</p> <p>are destined for a body, institute or centre described in Box I.12 and approved in accordance with Annex C to Council Directive 92/65/EEC, and come from a territory or third country listed in Annex II to Commission Implementing Regulation (EU) No 577/2013 / <i>sie sind für eine Einrichtung, ein Institut oder ein Zentrum bestimmt, die/das in Feld I.12 bezeichnet wird und gemäß Anhang C der Richtlinie 92/65/EWG des Rates zugelassen ist, und sie kommen aus einem Gebiet oder Drittland, das in Anhang II der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 577/2013 der Kommission aufgeführt ist.]</i></p> | | | |
| <p>⁽¹⁾or/oder [II.3.</p> <p>were at least 12 weeks old at the time of vaccination against rabies and at least 21 days have elapsed since the completion of the primary anti-rabies vaccination⁽²⁾ carried out in accordance with the validity requirements set out in Annex III to Regulation (EU) No 576/2013 of the European Parliament and of the Council, and any subsequent revaccination was carried out within the period of validity of the preceding vaccination⁽³⁾; and / <i>sie waren zum Zeitpunkt der Tollwutimpfung mindestens 12 Wochen alt, und seit Abschluss der Tollwut-Erstimpfung⁽²⁾, die gemäß den Gültigkeitsvorschriften in Anhang III der Verordnung (EU) Nr. 576/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates durchgeführt wurde, sind mindestens 21 Tage vergangen, und eine eventuelle Auffrischungsimpfung wurde innerhalb der Gültigkeitsdauer der vorangegangenen Impfung⁽³⁾ vorgenommen; und</i></p> | | | |
| <p>⁽¹⁾either/ [II.3.1. entweder</p> <p>they come from a territory or third country listed in Annex II to Commission Implementing Regulation (EU) No 577/2013 and details of the current anti-rabies vaccination are provided in the table / <i>sie kommen aus einem Gebiet oder Drittland, das in Anhang II der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 577/2013 der Kommission gelistet ist, und die Einzelheiten der aktuellen Tollwutimpfung finden sich in der nachstehenden Tabelle];</i></p> | | | |
| <p>⁽¹⁾or/oder [II.3.1.</p> <p>they come from or are scheduled to transit through, a territory or third country listed in Annex I to Commission Decision 2004/211/EC or in Part 1 of Annex II to Commission Regulation (EU) No 206/2010, and a rabies antibody titration test⁽⁴⁾, carried out on a blood sample taken by the veterinarian authorised by the competent authority not less than 30 days after the preceding vaccination and at least three months prior to the date of issue of this certificate, proved an antibody titre equal to or greater than 0.5 IU/ml and any subsequent revaccination was carried out within the period of validity of the preceding vaccination, and the details of the current anti-rabies vaccination and the date of sampling for testing the immune response are provided in the table below / <i>sie kommen aus einem Gebiet oder Drittland oder sind zur Durchfuhr durch ein Gebiet oder Drittland vorgesehen, das in Anhang I der Entscheidung 2004/211/EG der Kommission oder in Anhang II Teil 1 der Verordnung (EU) Nr. 206/2010 der Kommission gelistet ist, und ein Test zur Titrierung von Tollwutantikörpern⁽⁴⁾ anhand einer Blutprobe, die der/die von der zuständigen Behörde ermächtigte Tierarzt/Tierärztin an dem in der Tabelle gemäß Nummer II.2.3 angegebenen Datum frühestens 30 Tage nach der vorangegangenen Impfung und mindestens drei Monate vor dem Ausstellungsdatum dieser Bescheinigung entnommen hat, ergab einen Antikörpertiter von 0,5 IE/ml oder mehr, und eine eventuelle Auffrischungsimpfung wurde innerhalb der Gültigkeitsdauer der vorangegangenen Impfung vorgenommen, und die Einzelheiten der aktuellen Tollwutimpfung sowie das Datum der Probenahme für den Test der Immunreaktion finden sich in der nachstehenden Tabelle:</i></p> | | | |

| Transponder or tattoo alphanumeric code of the animal / Alpha-numerischer Transponder-Code oder alpha-numerische Tätowierungsnummer des Tieres | Date of vaccination [dd/mm/yyyy] / Datum der Impfung | Name and manufacturer of vaccine / Name und Hersteller des Impfstoffs | Batch number / Chargennummer | Validity of vaccination / Gültigkeitsdauer der Impfung | | Date of blood sampling [dd/mm/yyyy] / Datum der Blutentnahme |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|
| | | | | From [dd/mm/yyyy] / ab | To [dd/mm/yyyy] / bis | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| II. Health information / Gesundheitsinformationen | II.a. Certificate reference No / Bezugsnr. der Bescheinigung | II.b. | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>⁽¹⁾ either/ entweder [II.4. are dogs destined for a Member State listed in Annex I to Commission Delegated Regulation (EU) No 1152/2011 and have been treated against <i>Echinococcus multilocularis</i>, and the details of the treatment carried out by the administering veterinarian in accordance with Article 7 of Commission Delegated Regulation (EU) No 1152/2011^{(6),(6)} are provided in the table below / es handelt sich um Hunde, die für einen in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) Nr. 1152/2011 der Kommission aufgeführten Mitgliedstaat bestimmt sind und gegen <i>Echinococcus multilocularis</i> behandelt wurden, und die Einzelheiten der von dem Tierarzt/der Tierärztin gemäß Artikel 7 der genannten delegierten Verordnung durchgeführten Behandlung^{(6),(6)} finden sich in der nachstehenden Tabelle:]</p> <p>⁽¹⁾ or/ oder [II.4. have not been treated against <i>Echinococcus multilocularis</i> / sie wurden nicht gegen <i>Echinococcus multilocularis</i> behandelt.]</p> | | | |
| Transponder or tattoo number of the dog / Transponder-Code oder Tätowierungsnummer des Hundes | Anti-echinococcus treatment / Echinococcus-Behandlung | | Administering veterinarian / Behandelnde(r) Tierarzt/Tierärztin |
| | Name and manufacturer of the product / Name und Hersteller des Mittels | Date [dd/mm/yyyy] and time of treatment [00:00] / Datum und Uhrzeit der Behandlung | Name in capitals, stamp and signature / Name in Großbuchstaben, Stempel und Unterschrift |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | |]] |
| <p>Notes / Erläuterungen:</p> <p>(a) This certificate is meant for dogs (<i>Canis lupus familiaris</i>), cats (<i>Felis silvestris catus</i>) and ferrets (<i>Mustela putorius furo</i>) / Diese Bescheinigung gilt für Hunde (<i>Canis lupus familiaris</i>), Katzen (<i>Felis silvestris catus</i>) und Frettchen (<i>Mustela putorius furo</i>).</p> <p>(b) This certificate is valid for 10 days from the date of issue by the official veterinarian. In the case of transport by sea, that period of 10 days is extended by an additional period corresponding to the duration of the journey by sea / Diese Bescheinigung gilt 10 Tage ab dem Datum ihrer Ausstellung durch den amtlichen Tierarzt/die amtliche Tierärztin. Im Fall eines Schiffstransports verlängert sich diese Gültigkeitsdauer von 10 Tagen entsprechend der Dauer der Seereise.</p> <p>Part I / Teil I:</p> <p>Box / Feld I.11.: Place of origin: name and address of the dispatch establishment. Indicate approval or registration number / Herkunftsort: Name und Anschrift des Versandbetriebs. Zulassungs- oder Registriernummer angeben.</p> <p>Box / Feld I.12.: Place of destination: mandatory where the animals are destined for a body, institute or centre approved in accordance with Annex C to Council Directive 92/65/EEC / Bestimmungsort: obligatorisch, wenn die Tiere für gemäß Anhang C der Richtlinie 92/65/EWG des Rates zugelassene Einrichtungen, Institute oder Zentren bestimmt sind.</p> <p>Box / Feld I.25.: Commodities certified for: indicate "others" where the animals are moved in accordance with Article 5(4) of Regulation (EU) No 576/2013 of the European Parliament and of the Council / Waren zertifiziert für: „Sonstiges“ angeben, wenn die Tiere gemäß Artikel 5 Absatz 4 der Verordnung (EU) Nr. 576/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates verbracht werden.</p> <p>Box / Feld I.28.: Identification system: select transponder or tattoo / Identifizierungssystem: Transponder oder Tätowierung wählen.</p> <ul style="list-style-type: none"> In the case of a transponder: select date of application or reading / Im Fall eines Transponders: Datum der Implantierung oder der Ablesung angeben. In the case of a tattoo: select date of application and reading. The tattoo must be clearly readable and applied before 3 July 2011 / Im Fall einer Tätowierung: Datum der Tätowierung und der Ablesung angeben. Die Tätowierung muss deutlich erkennbar und vor dem 3. Juli 2011 angebracht worden sein. <p>Identification number: indicate the transponder or tattoo alphanumeric code / Kennnummer: alphanumerischen Transponder-Code oder alphanumerische Tätowierungsnummer angeben.</p> <p>Part / Teil II:</p> <p>⁽¹⁾ Keep as appropriate /</p> | | | |

| II. Health information / Gesundheitsinformationen | II.a. Certificate reference No / Bezugsnr. der Bescheinigung | II.b. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|
| <p><i>Nichtzutreffendes streichen.</i></p> <p>(2) Any revaccination must be considered a primary vaccination if it was not carried out within the period of validity of a previous vaccination / <i>Eine Auffrischungsimpfung ist als Erstimpfung anzusehen, wenn sie nicht innerhalb der Gültigkeitsdauer einer vorangegangenen Impfung vorgenommen wurde.</i></p> <p>(3) A certified copy of the identification and vaccination details of the animals concerned shall be attached to the certificate/ <i>Der Bescheinigung ist eine beglaubigte Kopie der Einzelheiten zu Kennzeichnung und Impfung der betreffenden Tiere beizufügen.</i></p> <p>(4) The rabies antibody titration test referred to in point II.3.1 / <i>Der Test zur Titrierung von Tollwutantikörpern gemäß Nummer II.3.1:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - must be carried out on a sample collected by a veterinarian authorised by the competent authority, at least 30 days after the date of vaccination and three months before the date of import / <i>muss mindestens 30 Tage nach dem Datum der Impfung und drei Monate vor dem Datum der Einfuhr anhand einer Probe durchgeführt werden, die ein Tierarzt/eine Tierärztin entnommen hat, der/die von der zuständigen Behörde ermächtigt ist;</i> - must measure a level of neutralising antibody to rabies virus in serum equal to or greater than 0.5 IU/ml / <i>muss einen Wert neutralisierender Antikörper gegen das Tollwutvirus von mindestens 0,5 IE/ml ergeben;</i> - must be performed by a laboratory approved in accordance with Article 3 of Council Decision 2000/258/EC (list of approved laboratories available at http://ec.europa.eu/food/animal/liveanimals/pets/approval_en.htm) / <i>muss von einem nach Artikel 3 der Entscheidung 2000/258/EG des Rates zugelassenen Laboratorium durchgeführt werden (Liste der zugelassenen Laboratorien abrufbar unter http://ec.europa.eu/food/animal/liveanimals/pets/approval_en.htm);</i> - does not have to be renewed on an animal, which following that test with satisfactory results, has been revaccinated against rabies within the period of validity of a previous vaccination / <i>muss bei einem Tier nicht wiederholt werden, bei dem – nach diesem Test mit zufriedenstellenden Ergebnissen – innerhalb der Gültigkeitsdauer einer vorangegangenen Impfung eine Tollwut-Auffrischungsimpfung vorgenommen wurde.</i> <p>A certified copy of the official report from the approved laboratory on the result of the rabies antibody test referred to in point II.3.1 shall be attached to the certificate / <i>Der Bescheinigung ist eine beglaubigte Kopie des offiziellen Berichts des zugelassenen Laboratoriums über das Ergebnis des Tollwut-Antikörpertests gemäß Nummer II.3.1 beizufügen.</i></p> <p>(5) The treatment against <i>Echinococcus multilocularis</i> referred to in point II.4 must / <i>Die Behandlung gegen Echinococcus multilocularis gemäß Nummer II.4 muss:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - be administered by a veterinarian within a period of not more than 120 hours and not less than 24 hours before the time of the scheduled entry of the dogs into one of the Member States or parts thereof listed in Annex I to Commission Delegated Regulation (EU) No 1152/2011 / <i>durch einen Tierarzt/eine Tierärztin 24 bis 120 Stunden vor dem Zeitpunkt des geplanten Eingangs der Hunde in einen der in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) Nr. 1152/2011 der Kommission aufgeführten Mitgliedstaaten oder Teile von Mitgliedstaaten vorgenommen werden;</i> - consist of an approved medicinal product which contains the appropriate dose of praziquantel or pharmacologically active substances, which alone or in combination, have been proven to reduce the burden of mature and immature intestinal forms of <i>Echinococcus multilocularis</i> in the host species concerned / <i>mit einem zugelassenen Arzneimittel erfolgen, das eine angemessene Dosis Praziquantel oder pharmakologisch wirksame Stoffe enthält, die – allein oder kombiniert – nachweislich den Befall der Wirtspezies mit adulten und nicht adulten Stadien des Parasiten Echinococcus multilocularis reduzieren.</i> <p>(6) The table referred to in point II.4 must be used to document the details of a further treatment if administered after the date the certificate was signed and prior to the scheduled entry into one of the Member States or parts thereof listed in Annex I to Commission Delegated Regulation (EU) No 1152/2011 / <i>Die in Nummer II.4 genannte Tabelle ist zur Dokumentation der Einzelheiten einer weiteren Behandlung zu nutzen, die nach Unterzeichnung der Bescheinigung und vor dem geplanten Eingang in einen der in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) Nr. 1152/2011 der Kommission aufgeführten Mitgliedstaaten oder Teile von Mitgliedstaaten erfolgt.</i></p> | | |
| <p>Official veterinarian / Amtlicher Tierarzt/Amtliche Tierärztin</p> <p>Name (in capital letters) / Name (in Großbuchstaben): _____ Qualification and title / Qualifikation und Amtsbezeichnung: _____</p> <p>Date / Datum: _____ Signature / Unterschrift: _____</p> <p>Stamp / Stempel: _____</p> | | |