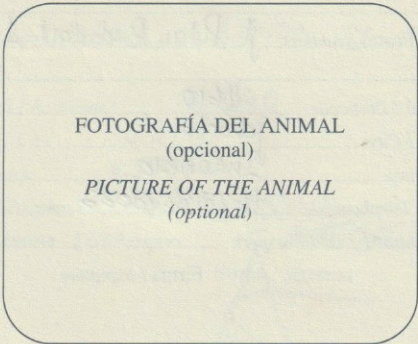


II. DESCRIPCIÓN DEL ANIMAL
II. DESCRIPTION OF ANIMAL



1. Nombre* / Name* RAENAR VERNISSAGE BLUE
2. Especie / Specie CANINA
3. Raza* / Breed* BLUE OF FRANCE
4. Sexo / Sex MACHO
5. Fecha de nacimiento* / Date of birth* 31/12/2020
6. Capa / Coat ATISLADO
(Color y tipo / Colour and Type)
7. Cualquier característica destacada o reconocible/ Any notable or discernible features or characteristics

* Según la declaración del propietario/a / *As stated by owner.

6/44

III. MARCADO DEL ANIMAL
III. MARKING OF ANIMAL

1. Código alfanumérico del transpondedor / Transponder alphanumeric code 900113001948361
2. Fecha de colocación o lectura* del transpondedor / Date of application or reading* of the transponder 08/01/2025
3. Ubicación del transpondedor / Location of the transponder CUELLO LATERAL IZQUIERDO
4. Código alfanumérico del tatuaje / Tattoo alphanumeric code
5. Fecha de la colocación / de la lectura del tatuaje / Date of application / date of reading of the tattoo
6. Ubicación del tatuaje / Location of the tattoo

Se verificará el marcado del animal antes de introducir más datos en este pasaporte.
The marking must be verified before any new entry is made on this passport.

* Tachese lo que no proceda / *Delete as necessary

7/44

ES 14 0109453

ES 14 0109453

IV. EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE
IV. PASSPORT EXPEDITION

Nombre Veterinario Autorizado / Name of Authorised Veterinarian

VICTOR AYENSA SIERRA

Dirección Postal / Address

CTDA. TUDELA - CADANILLAS KM 1.9

Código Postal / Post-code

31500

Localidad / City

TUDELA

País / Country

ESPAÑA

Teléfono / Telephone

94804010

Email

Fecha de Expedición / Date of Issuance
Capeón, D. Hospital Veterinario

08-06-2025
Ctra. Tudela-Cadanillas km 1.9
T 94804010
lacorraliza@anicura.es



AniCura

VICTOR AYENSA Col. 816 N.º
Sello y Firma
Stamp and Signature

8/44

V. VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA
V. VACCINATION AGAINST RABIES

FABRICANTE Y DENOMINACIÓN DE LA VACUNA /
NUMBER OF LOT
MANUFACTURER
AND NAME OF VACCINE /
BATCH NUMBER



FECHA VACUNACIÓN¹
VÁLIDA DESDE EL /
VÁLIDA HASTA EL /
VACCINATION DATE /
VALID FROM /
VALID UNTIL

1 05/03/2025
2 05/03/2025
3 05/03/2025

VETERINARIO AUTORIZADO
AUTHORISED VETERINARIAN

SELLO Y FIRMA
STAMP AND SIGNATURE

**Espacio destinado al
sello oficial antirrábico
anti-rabies stamp

Collegiado n.º / License n.º: 24-581 22 74
Círc. Cucu K Saiuthi
Primary Health-Care Center

**Espacio destinado al
sello oficial antirrábico
anti-rabies stamp

Collegiado n.º / License n.º:

**Espacio destinado al
sello oficial antirrábico
anti-rabies stamp

Collegiado n.º / License n.º:

¹ Deberá recoger, al menos, el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma. / At least name, address, telephone number and signature
² Obligatorio para Comunidades Autónomas que tengan establecido sello de vacunación antirrábica / Obligatory for Autonomous Communities that have established stamp of anti-rabies vaccination

9/44

IX. OTRAS VACUNACIONES
IX. OTHER VACCINATIONS

FABRICANTE Y DENOMINACIÓN DE LA VACUNA /
NÚMERO DE LOTE
MANUFACTURER
AND NAME OF VACCINE /
BATCH NUMBER

Nobivac® L4
Lot A408A01
EXP 11-2025
Nobivac® DHPPI
Bottle/Date: A772C01
Exp./Valid to: 02-2026

FECHA DE VACUNACIÓN¹ /
VÁLIDA HASTA EL²
VACCINATION DATE¹ /
VALID UNTIL²

1 20/07/2025
2 20/07/2026

VETERINARIO
VETERINARIAN
SELLO Y FIRMA
STAMP AND SIGNATURE

DR. H. B.

Dr. Cucu A. Sajuthi
Veterinary Clinic GREEN GARDEN
Colegiado n.º / license n.º: 5818-9 Fax: +62 21 581 22 74

1			
2			
1			
2			

1			
2			
1			
2			
1			
2			
1			
2			
1			
2			