

משרד החקלאות ופיתוח הכפר

השרותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

כ"ח טבת, תשפ"ד
9 ינואר, 2024

לכבוד

ציבור הרופאים הווטרינריים
ציבור יבואני הבקר והצאן

הנדון: נוכחות של רופא וטרינר בהובלה ימית ארוכה

סימוכין: הוראות השירותים הווטרינריים בנושא רווחת בקר וצאן בהובלה ימית ואווירית

אבקש לפנות אליכם בנושא שבנדון כדלקמן:

- א. להווי ידוע לכם, כי הוראות השירותים הווטרינריים בנושא רווחת בקר וצאן בהובלה ימית ואווירית מינואר 2018, הן חלק בלתי נפרד מתנאי הרישיון ליבוא בקר וצאן לישראל.
- ב. בסעיף 8 להוראות אלה נקבעו תנאים נוספים עבור הובלות ימיות ובהם סעיף 8.1, לפיו אם הנסיעה עתידה להימשך יותר מ 10 ימים, יתלווה אליה רופא וטרינר שהוסמך ע"י הרשות המוסמכת בארץ המוצא.
- ג. מניסיוננו המצטבר עולה כי מרבית ההובלות הימיות לישראל היוצאות מנמלים שאינם בים התיכון, לדוגמה: פורטוגל או אירלנד, נמשכות מעל 10 ימים.
- ד. משכך, היעדר רופא וטרינר מפקח בהובלות אלה, מהווה הפרת תנאי מתנאי הרישיון.
- ה. לאור זאת, הנני להודיעכם כי מעתה יש לצרף לכל בקשה לרישיון יבוא של בקר ו/או צאן מנמלי ים שאינם בים התיכון, את טופס הסכמת רופא וטרינר לליווי מקנה בהובלה ימית, המצ"ב.
- ו. לא יינתן אישורינו להעמסה של בקר ו/או צאן ויציאה לישראל בהובלה ימית העתידה להימשך יותר מ-10 ימים, ללא ליווי רופא וטרינר.
- ז. בכל סיום הובלה ימית ארוכה, על היבואן לוודא כי הרופא הווטרינר המפקח על ההובלה העביר לידי הרופא הווטרינר הממשלתי בנמל היבוא בישראל דיווח על פי הטופס המצורף.
- ח. ככל שיש על כלי ההובלה רופא וטרינר מטעם הרשות המוסמכת בארץ המוצא, אין צורך ברופא וטרינר נוסף.
- ט. אני סמוך ובטוח כי בשיתוף פעולה בנושא ובשילוב כוחות, נביא לשיפור משמעותי ברווחת המקנה המיובא לישראל.
- י. לידעיתכם ופועלכם בהתאם.

בברכה,



ד"ר שלמה גרזי
רופא וטרינר ראשי
יבוא- יצוא

העתיקים:

ד"ר ת. גשן, מנהל השירותים הווטרינריים, כאן
ד"ר ס. דולב, מנהל השירותים הווטרינריים בשדה, כאן
ד"ר חן הניג, הממונה ע"פ חוק צעב"ח, כאן
עו"ד אודליה אסולין דגני- לשכה משפטית, משרד החקלאות ופיתוח הכפר
מתאמי חקלאות
מחלקת יבוא ויצוא

תאריך: _____

אל: היחידה ליבוא ויצוא, השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה.

הודעה על הסכמה לליווי וטיפול וטרינרי בבקר/צאן בהובלה

פרטי הרופא הווטרינר המלווה

מס' רישיון וטרינרי	שם משפחה	שם פרטי	

ישוב	מס'	כתובת	מיקוד	טלפון	נייד	פקס

דואר אלקטרוני: _____ Email: _____

פרטי היבואן:

ס.ב. ת.ז. ח"פ/מס'	שם משפחה/תאגיד/שותפות רשומה	שם פרטי	שם איש הקשר

ישוב	מס'	כתובת	מיקוד	טלפון	נייד	פקס

דואר אלקטרוני: _____ Email: _____

פרטי היבוא:

סוג בע"ח צאן/בקר	מין	גיל	מדינת מקור	היקף יבוא מתוכנן	משך ההובלה	מועד מתאריך	עד תאריך	מטרת היבוא (פיטום, שחיטה, גידול) והערות

אני הח"מ מצהיר בזאת כדלקמן:

- א. הנני מקבל על עצמי ללוות את בעלי החיים כמפורט לעיל ולהעניק להם טיפול רפואי וטרינרי במהלך ההובלה הימית לישראל.
- ב. ידוע לי כי הליווי והטיפול הרפואי וטרינרי יהיה מרגע העמסת בעלי החיים לכלי ההובלה בחו"ל ועד להגעתם לישראל.
- ג. הנני מתחייב לתעד בכתב בעת מסע ההובלה את מצבם הרפואי של בעלי החיים, הטיפול הרפואי שנדרש ותוצאותיו, וכן להעביר דו"ח רופא וטרינר מלווה הפלגה, על פי הנוסח המצורף.

חתימת הרופא הווטרינר

תאריך

דו"ח רופא וטרינר מלווה הפלגה

פרטי הרופא הווטרינר המלווה:

מס' רישיון וטרינרי	שם משפחה	שם פרטי	טלפון נייד

דואר אלקטרוני:	Email:

פרטי הובלה:

שם האוניה	שם היבואן		תאריך יציאה	תאריך הגעה
ארץ היבוא	נמל יציאה	סוג בע"ח	מין	מס' בע"ח שמתו בהובלה
		בקר		
		צאן		

דיווח על טיפול רפואי בבעל חיים

תרופה				אבחנה	מס' תג אוזן	תאריך	מס' תא	סיפון	סוג בעל החיים
משך	תדירות	מינון	שם						

דיווח על תמותת בעלי חיים

ממצאים	PM (כן /לא)	טופל (כן /לא)	סיבת המוות	מס' תג אוזן	תאריך	מס' תא	סיפון	סוג בעל החיים

אירועים חריגים/הערות:

חתימת הרופא הווטרנר

תאריך