***Mẫu số 03 (210 x 297 mm):***

**Giấy khai báo y tế hàng hóa, phương tiện vận tải**

**GIẤY KHAI BÁO Y TẾ
HÀNG HÓA, PHƯƠNG TIỆN VẬN TẢI
*Health Declaration for conveyances and cargo***

**1. Phần khai hàng hóa/*For cargo***

Nơi đi/*Departure* Nơi đến/*Arrival*

Đến (đi) cửa khẩu/*Name of entry (exit) point* Thời gian/*Date (dd/mm/yy)*

Tên chủ hàng (chủ phương tiện)/*Name of the goods owner*:

Địa chỉ/*Address*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STT*No.* | Danh mục hàng hóa*Name of cargo* | Quy cách đóng gói*Package form* | Số lượng*Quantity* | Tổngtrọng lượng*Total weight* | Ghi chú*Notes* |
| logo1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| **Tổng cộng/*Total*** |  |  |  |  |

**2. Phần khai phương tiện/*For conveyance***

Nơi đi/*Departure* Nơi đến/*Arrival*

Đến (đi) cửa khẩu/*Name of entry (exit) point* Thời gian/*Date (dd/mm/yy)*

Tên phương tiện vận tải/*Name of conveyance*

Quốc tịch, hãng/*Nationality, agent*

Tên chủ phương tiện/*Name of the conveyance operator*

Địa chỉ/*Address*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Số hiệu/biển số*Registration No.* | Trọng tải (tấn)*Net tonnage* | Số nhân viên*Number of staff* | Số lượng hành khách*Number of passengers* |
|  |  |  |  |

**Chủ hàng, chủ phương tiện trả lời các câu hỏi sau/ *The following questions are answered by the conveyance operator, the owner of cargo***

1. Hàng hóa hoặc phương tiện vận tải có xuất phát hoặc đi qua vùng có dịch không?/*Has conveyance or cargo come from or visited through affected area?*

 Có/ *Yes* □ Không/ *No* □

2. Hiện nay hoặc trong thời gian hành trình trên phương tiện có người mắc bệnh hoặc nghi mắc bệnh không?/*Is there on board now or has there been during the trip any case or suspected case of disease?*

 Có/ *Yes* □ Không/ *No* □

3. Có giấy chứng nhận kiểm tra và xử lý y tế hàng hóa không?/*Is there a Certification of health inspection and control for cargo?*

 Có/ *Yes* □ Không/ *No* □

Nếu có, ghi rõ ngày cấp/nơi cấp/*If yes, please note date and place of issue*

 …………………...

4. Có giấy chứng nhận kiểm tra và xử lý y tế phương tiện vận tải không?/*Is there Certification of health inspection and control for conveyances?*

 Có/ *Yes* □ Không/ *No* □

Nếu có, ghi rõ ngày cấp/nơi cấp/*If yes, please note date and place of issue*

 …………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ngày*/day*  tháng*/month* năm*/year* **Người khai** (ký, ghi rõ họ tên) *(Signature and full name of Declarant)* |