

.....
Imię i nazwisko

Szczekociny, dn.

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr tel.

**WNIOSEK
o wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji* kota/psa***

Zwracam się o wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji* psa/kota*, którego jestem właścicielem.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

Gatunek:

Płeć:

Imię:

Wiek:

Waga:

Adres przebywania zwierzęcia:

W przypadku psa/suki w załączeniu aktualny dokument potwierdzający wypełnienie obowiązku zaszczepienia przeciwko wściekliznie.

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Szczekociny.

Zobowiązuję się do zapewnienia zwierzęciu szczególnej opieki w okresie po zabiegowym.

W przypadku wystąpienia podczas przeprowadzanego zabiegu konieczności podjęcia dodatkowych czynności leczniczych lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia kosztów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Szczekociny w 2025r. zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1781).

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić