

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG
STERYLIZACJI / KASTRACJI KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH
ORAZ USYPIANIA ŚLEPYCH MIOTÓW BEZDOMNYCH ZWIERZĄT**

Imię i nazwisko opiekuna zwierząt:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

.....

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.)

Rodzaj zabiegu:

- sterylizacji (szt.)

- kastracja (szt.)

- uspienie ślepego miotu (szt.)

Informacje dodatkowe:

.....

.....

1. Oświadczam, że koty zgłoszone do zabiegu sterylizacji/kastracji są wolno żyjącymi kotami.
2. Deklaruję, że zwierzęta (wolno żyjące koty) zostaną doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Gminę Szczekociny, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.
3. 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

.....

podpis Wnioskodawcy