

**Załącznik nr 2 do
Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi
oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na
terenie Gminy Nowogródek Pomorski**

Wniosek

O pokrycie części kosztów zabiegu weterynaryjnego kastracji lub sterylizacji , w ramach "Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Nowogródek Pomorski"

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:

.....

2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia, numer telefonu:

.....

3. Gatunki zwierząt : pies , kot, maść, imię, płeć:

.....

.....

4. Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 50% kosztów zabiegu sterylizacji*/kastracji* w kwociezł (słownie:

.....

.....)

5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z programem zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Nowogródek Pomorski.

6. Oświadczam działając w imieniu własnym , na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb wynikających z realizacji programu u opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Nowogródek Pomorski.

7. Dołączam dokument potwierdzający wykonanie szczepienia psa w kierunku wścieklizny.

.....

Miejscowość ,data

.....

Podpis właściciela zwierzęcia

*Niepotrzebne skreślić