

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. Gatunek zwierzęcia : pies , kot, maść, imię, płeć:

.....

4. Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 50% kosztów zabiegu sterylizacji*/kastracji* w kwocie zł (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. 23 ust. 1 pkt. 1 i art. 27 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101,poz. 926 ze zm.), 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