Załącznik nr 1 do „Regulaminu uzyskania dofinansowania na zabieg sterylizacji, kastracji oraz czipowania zwierząt w ramach zdania „Zapobieganie bezdomności zwierząt w Gminie Miasta Gostynina””

**Gostynin, ………………………..**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZABIEGU   
KASTRACJI/STERYLIZACJI/CZIPOWANIA\* ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH**

Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Miasta Gostynina oraz jestem właścicielem zwierzęcia, którego zamierzam dobrowolnie poddać zabiegowi sterylizacji/kastracji/czipowania**\*.** Jednocześnie oświadczam, że nie korzystam z dofinasowania z innego źródła w ramach pomocy publicznej dla wykonania w/w zabiegu.

1. Nazwisko i imię wnioskodawcy: .............................................................................................

2. Adres: .........................................................................................................................................

3. Telefon: ......................................................................................................................................

Zwracam się o dofinansowanie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sterylizacja kotki | 290,00zł |  | Sterylizacja suki do 10 kg | 400,00zł |  |
| Kastracja kocura | 160,00zł |  | Sterylizacja suki od 10 do 20 kg | 450,00zł |  |
| Kastracja psa do 20 kg | 300,00zł |  | Sterylizacja suki od 20 do 30 kg | 500,00zł |  |
| Kastracja psa od 20 do 30 kg | 350,00zł |  | Sterylizacja suki od 30 do 40 kg | 590,00zł |  |
| Kastracja psa pow. 30 kg | 400,00zł |  | Sterylizacja suki pow. 40 kg | 660,00zł |  |
| Mikroczip wraz z usł. czipowania | 53,00zł |  |  |  |  |

 Informacje o posiadanym zwierzęciu:

Rasa: .........................................................................................................................................................

Wiek: ............................. Płeć.............................. Nr czip (jeżeli posiada)...............................................

Miejsce przebywania zwierzęcia (adres) ...................................................................................................

1. Zobowiązuje się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.
2. Wyrażam wolę wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji/czipowania**\*** w Zakładzie Weterynaryjnym WADERA " lek. wet. Alicja Ochmańska-Radzikowska z siedzibą przy ul. Zamkowa 19, 09-500 Gostynin oraz zgodę na warunki finansowania zabiegu przez Gminę Miasta Gostynina określone w regulaminie uzyskania dofinansowania na zabieg sterylizacji, kastracji oraz czipowania zwierząt w ramach zdania „Zapobieganie bezdomności zwierząt w Gminie Miasta Gostynina”.
3. Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii pozostałych kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji.
4. Wyrażam zgodę na elektroniczne oznakowanie zwierzęcia oraz wprowadzenie moich danych do bazy „Safe Animal” (dotyczy zwierząt nieposiadających nr czip lub których czip nie został wprowadzony do bazy).

………...........................…………………

(data i podpis właściciela zwierzęcia)

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ogólnego 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/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Gostynina z siedzibą przy ul. Rynek 26, 09-500 Gostynin (Urząd Miasta Gostynina), reprezentujący Gminę Miasta Gostynina.

2. Inspektorem Ochrony Danych jest Pani Malwina Strońska-Jackowska. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem: : [iod.umg@gostynin.pl](mailto:iod.umg@gostynin.pl) lub pisemnie na adres ul. Rynek 26, 09-500 Gostynin.

3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody (Art. 6 ust. 1 lit. a RODO) w celu: Zapobieganie i ograniczanie bezdomności zwierząt na terenie Miasta Gostynina - dofinansowanie do zabiegów kastracji, sterylizacji i czipowania zwierząt właścicielskich*.*

4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub stosownych umów.

5. Dane osobowe przetwarzane będą przez 5 lat.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Podanie danych osobowych jest warunkiem spełnienia świadczenia.

9. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

10. Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych :

………………………………………………………………...

(data i podpis)

**AKCEPTACJA**

**Gmina Miasta Gostynina wyraża zgodę na pokrycie 100% kosztów kwalifikowanych na zabieg sterylizacji, kastracji i/lub czipowania\* zgodnie z regulaminem uzyskania dofinansowania na zabieg sterylizacji, kastracji oraz czipowania zwierząt w ramach zdania „Zapobieganie bezdomności zwierząt w Gminie Miasta Gostynina”**

…………………………………………….

Podpis pracownika Urzędu Miasta Gostynina

**POTWIERDZENIE WYKONANIA ZABIEGU**

Potwierdzam, że w dniu …………..…….. został przeprowadzony zabieg sterylizacji/kastracji/czipowania\* psa/kota\* dostarczonego przez Pana/Panią\*…………………………………….……………………………  
Nr czip ………………………………

….………………………………………………..

\*- niepotrzebne skreślić Podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg