*Załącznik do „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie miasta Gostynina na rok 2018”.*

Gostynin, dnia ……………….......

Imię i nazwisko .......................................................
Adres .......................................................................
..................................................................................
Telefon / e-mail.........................................................

 **Urząd Miasta Gostynina**

 **ul. Rynek 26, 09-500 Gostynin**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie zabiegu sterylizacji kota/psa**

**w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Gostynina na rok 2018”.**

Zwracam się o dofinansowanie planowanego zabiegu sterylizacji psa/kota, którego jestem właścicielem.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

1. Rasa .............................................................
2. Wiek ...........................................................
3. Płeć .............................................................

4.Waga.......................................................... **(konieczna wiedza właściciela psa!)**

5.Aktualny dokument potwierdzający poddanie zwierzęcia obowiązkowemu szczepieniu

 przeciwko wściekliźnie z dnia : ........................................

**W przypadku zabiegu sterylizacji psa/kota, zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 70 % kosztów ww. zabiegu. Zobowiązuję się do opłacenia ewentualnych dodatkowych badań, zabiegów lub usług.**

Zabieg zostanie wykonany w : .........................................................

 .........................................................

 .........................................................

 .........................................................

**Uwaga: Należy się stosować do otrzymanych zaleceń przed i pooperacyjnych**

 **przekazanych przez lekarza weterynarii.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających realizacji programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002r. Nr 101,poz. 926 ze zm.)*

Gostynin, dn.: ......................................... ...................................................................

**podpis wnioskodawcy**