Brzeziny, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

Urząd Miasta Brzeziny

ul. Sienkiewicza 16

95-060 Brzeziny

RI.6140.19._____.2017

Wniosek o sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji zwierzęcia właścicielskiego w ramach realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Brzeziny

Proszę o sfinansowanie zabiegu kastracji/sterylizacji psa/kota właścicielskiego z terenu Miasta Brzeziny:

Gatunek i płeć zwierzęcia :..... .....

Rasa zwierzęcia:.....

Rok urodzenia zwierzęcia.....

Numer czip zwierzęcia (jeśli posiada na dzień składania wniosku).....

1. Oświadczam, że zwierzę o którego sterylizację/kastrację wnioskuję na stałe przebywa na terenie Miasta Brzeziny.
2. Zobowiązuję się bezpłatnie zaczipować zwierzę przed lub w trakcie zabiegu sterylizacji/kastracji. Wyrażam zgodę na rejestrację przez Urząd Miasta Brzeziny danych w międzynarodowej bazie Safe-Animal.
3. Oświadczam, że pies posiada aktualne szczepienie przeciwko wściekliźnie.
4. Zobowiązuje się do zapewnienia szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po przeprowadzonym zabiegu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922, ze zm.).

....

Miejscowość Czytelny podpis