

....., dn.

Wójt Gminy Sienno
ul. Rynek 36/40
27-350 Sienno

Wniosek

Zwracam się z wnioskiem o wydanie skierowania na zabieg sterylizacji mojego psa w ramach planu sterylizacji zwierząt dofinansowanego przez Gminę Sienno.

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia :

.....

2. Adres zamieszkania właściciela, numer telefonu

.....

3. Gatunek zwierzęcia, maść, imię, płeć, numer identyfikacyjny(jeżeli posiada)

.....

4. Oświadczam, że zamieszkuję na stałe w Gminie Sienno.

5. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Programem opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Sienno w 2020 roku oraz zobowiązuje się do opłacenia lekarzowi weterynarii kosztów zabiegu pomniejszonych o wartość określoną w §12 pkt 1 ww. Programu.

6. Zobowiązuje się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.

7. Załączam aktualne potwierdzenie poddanie psa szczepieniu przeciw wściekliznie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby uzyskania dofinansowania.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis właściciela)