

Zaręby Kościelne, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....

tel./e-mail.....

Wójt

Gminy Zaręby Kościelne

WNIOSEK

o dofinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji* psa/kota*

**w ramach zadania „Zapobieganie bezdomności zwierząt na terenie gminy Zaręby Kościele”
„Mazowieckiego Programu Wsparcia Zapobiegania Bezdomności Zwierząt – Mazowsze dla
zwierząt 2024”.**

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie planowanego zabiegu kastracji/sterylizacji* zwierzęcia, którego jestem właścicielem. Informacje o posiadanym zwierzęciu:

- a) Pies/kot* rasy
- b) Wiek
- c) Płeć
- d) Miejsce przebywania zwierzęcia

- Oświadczam, że jestem właścicielem zwierzęcia.
- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie w/w zabiegu i zobowiązuję się do opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.
- W przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych zabiegów leczniczych lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia ich kosztów.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić