

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA  
NA ZABIEG STERYLIZACJI\*/ KASTRACJI\*/**

**w ramach „Programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Mielno”.**

|   |  |
|---|--|
| Imię i nazwisko<br>lub nazwa jednostki zgłaszającej               |  |
| Adres zamieszkania lub siedziby,<br>numer telefonu                |  |
| Ilość zwierząt zgłaszanych do zabiegu,<br>ich gatunek, rasa, płeć |  |
| Rodzaj zabiegu:<br>Sterylizacja* (szt.)<br>Kastracja* (szt.)      |  |
| Miejsce przebywania zwierząt                                      |  |
| Informacje dodatkowe  |  |

Oświadczenie

1. Oświadczam, że kot/koty zgłoszone przeze mnie do zabiegu sterylizacji/kastracji są kotami wolno żyjącymi, a miejscem przebywania jest adres wskazany we wniosku.
2. Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do lecznicy wskazanej przez Urząd, w której dokonany zostanie zabieg, odebrania zwierząt z lecznicy oraz sprawowania opieki w okresie rekonwalescencji.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Mielno zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.).*

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

\*Niepotrzebne skreślić