

*Załącznik Nr 3
do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi i zapobiegania
bezdolności zwierząt na terenie Gminy Miasto Lębork na 2019 rok*

Lębork, dnia

**Burmistrz Miasta Lęborka
ul. Armii Krajowej 14
84-300 Lębork**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE KOTA WOLNO ŻYJĄCEGO
NA ZABIEG STERYLIZACJI / KASTRACJI
LUB UŚPIENIE ŚLEPYCH MIOTÓW***

1. Imię i nazwisko opiekuna społecznego kotów:
2. Adres zamieszkania opiekuna:
tel., e-mail:
3. Zwierzęta zgłoszone do zabiegu:
ich liczba [szt.]:
- płeć (jeżeli jest znana):
4. Rodzaj zabiegu:
sterylizacja [szt.]
- kastacja [szt.]
- uśpienie ślepego miotu [szt.]
5. Miejsce przebywania zwierząt:

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do bezpłatnego zabiegu sterylizacji/kastacji/uśpienia ślepych miotów* koty są kotami wolno żyjącymi.

Zobowiązuję się do dostarczenia zwierząt do lekarza weterynarii wskazanego przez Gminę Miasto Lębork:
w terminie uzgodnionym z ww. lekarzem.

Po wykonaniu zabiegu sterylizacji/kastacji i zachowaniu wskazanego przez ww. lekarza okresu zwierzęta będą przeze mnie wypuszczone w miejscu ich wcześniejszego pochwycenia / w miejscu uzgodnionym z*

* - niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi i zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Miasto Lębork zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

.....
podpis opiekuna społecznego kotów wolno żyjących

Potwierdzenie zarejestrowania opiekuna społecznego w Rejestrze:

Potwierdzam, że Pani/Pan
jest społecznym opiekunem kotów wolno żyjących na terenie Gminy Miasto Lębork,
zarejestrowanym w Rejestrze opiekunów społecznych pod nr

* - niepotrzebne skreślić

.....
podpis pracownika Urzędu Miejskiego w Lęborku

Potwierdzenie wykonania zabiegu:

Potwierdzam, że w dniu przeprowadziłem zabieg sterylizacji/kastracji/uśpienia
ślepego miotu* szt. kotów wolno żyjących dostarczonych przez Panią/Pana

.....

* - niepotrzebne skreślić

.....
podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg