

Załącznik nr 2 do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Swarzędz w 2016 roku, określonego w drodze Uchwały Nr XIX/199/2016 Rady Miejskiej w Swarzędzu z dnia 23.02.2016 roku

**Urząd Miasta i Gminy w Swarzędzu
Rynek 1
62-020 Swarzędz**

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI
LUB UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH¹⁾ w ramach
“Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na
terenie Gminy Swarzędz w 2016 roku”**

Imię i nazwisko lub nazwa organizacji/ jednostki zgłaszającej	
Adres zamieszkania lub siedziby Numer telefonu	
Ilość kotów zgłoszonych do zabiegu (szt.)	
Rodzaj zabiegu: sterylizacja (szt.) kastracja (szt.) uśpienie ślepego miotu (szt.)	
Miejsce przebywania zwierząt	
Informacje dodatkowe	

Oświadczam, że każde zgłoszone przeze mnie do zabiegu sterylizacji/kastracji¹⁾ lub usypiania ślepych miotów zwierzę jest kotem wolno żyjącym.

Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do wybranego, z wskazanych przez Gminę Swarzędz, zakładu leczniczego dla zwierząt w której dokonany zostanie zabieg oraz odebrania zwierząt po zabiegu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Swarzędz zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.)

.....
miejsce, data

.....
podpis osoby zgłaszającej zwierzęta do zabiegu

1) niepotrzebne skreślić