

*Załącznik nr 5 do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Swarzędz w 2017 roku, określonego w drodze Uchwały Nr XXXIII/323/2017 Rady Miejskiej w Swarzędzu z dnia 28.02.2017 roku.*

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

**DEKLARACJA OPIEKUNA SPOŁECZNEGO KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

Imię i nazwisko (nazwa organizacji/jednostki) opiekuna społecznego zwierząt	
Adres zamieszkania (siedziba), numer telefonu	
Koty objęte opieką, ich liczba i płeć	
Miejsce przebywania zwierząt	
Forma udzielanej kotom opieki	
Informacje dodatkowe, np. informacja o konieczności wykonania zabiegów: sterylizacji lub kastracji kotów	

*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 2016 r. poz. 922).*

.....  
miejscość, data

.....  
podpis opiekuna społecznego zwierząt