

*Załącznik nr 1 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**

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI  
KOTÓW LUB UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW <sup>1)</sup> w ramach "Programu opieki nad  
zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Swarzędz w  
2017 roku"**

Imię i nazwisko lub nazwa 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 zgłoszony przeze mnie do zabiegu sterylizacji/kastracji<sup>1)</sup> lub usypiania ślepych miotów kot jest:

- a) wolno żyjący,
- b) moją własnością.

Zobowiązuję się do doprowadzenia kotów do wybranego, z wskazanych przez Gminę Swarzędz, zakładu leczniczego dla zwierząt w której dokonany zostanie zabieg oraz odebrania kotów 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 2016 r. poz. 922).*

.....  
miejsceowość, data

.....  
podpis osoby zgłaszającej zwierzęta do zabiegu

1) niepotrzebne skreślić