Ożarów, dn. ………………

**WNIOSEK WŁAŚCICIELA**

**O WYKONANIE ZABIEGU ELEKTRONICZNEGO ZNAKOWANIA PSA**

**W RAMACH PROGRAMU OPIEKI NAD ZWIERZĘTAMI BEZDOMNYMI**

**ORAZ ZAPOBIEGANIA BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT NA TERENIE**

**GMINY OŻARÓW W 2024 ROKU**

…………………………………………

(Imię i Nazwisko)

…………………………………………

…………………………………………

(adres)

…………………………………………

(Nr telefonu)

1. Gatunek zwierzęcia: Rasa; płeć;

.......................................................................................................................................................

1. Cechy charakterystyczne:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

1. Data zaszczepienia psa przeciw wściekliźnie: ....................................................

Właściciel zwierzęcia pokrywa 50% kosztów zabiegu bezpośrednio zakładowi leczniczemu zgodnie z zawartą umową/ Właściciel zwierzęcia nie pokrywa kosztów zabiegu elektronicznego znakowania psa.

Gmina Ożarów jest podmiotem współfinansującym w/w zabieg i nie ponosi

odpowiedzialności za powikłania lub śmierć zwierzęcia wynikające z przeprowadzonego zabiegu, w związku z powyższym oświadczam, że nie będę zgłaszał(a) roszczeń w stosunku do Gminy Ożarów.

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

...................................................

podpis Wnioskodawcy

*\*niepotrzebne skreślić*