Ożarów, dn. ………………

**W N I O S E K WŁAŚCICIELA**

**O WYKONANIE ZABIEGU WETERYNARYJNEGO**

**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. Rodzaj wykonywanego zabiegu: sterylizacja, kastracja\*;
2. Gatunek zwierzęcia: Rasa; płeć;

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

1. Cechy charakterystyczne;

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

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

Nr identyfikacyjny (CZIP) …………………………………………………………………......

Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii wskazanemu przez Gminę Ożarów 50% kosztów sterylizacji, kastracji\* oraz do sprawowania szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.

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.

…………………………………… …..………………………….

 *Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miejski w Ożarowie*

*ul. Stodolna 1, 27- 530 Ożarów nr tel. 15 8610 700 w celu realizacji wniosku o wykonanie zabiegu weterynaryjnego w ramach Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Ożarów w 2024 roku.*

*Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania oraz żądania ich usunięcia, jak również prawie do wycofania w każdym czasie zgody na ich przetwarzanie.*

……………………………………. ..……………………………

 *Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy*

\*niepotrzebne skreślić