*Załącznik nr 2*

 *do Programu opieki nad zwierzętami*

*bezdomnymi oraz zapobiegania*

*bezdomności zwierząt na terenie*

*Gminy Dobre Miasto w 2020 roku*

 **Urząd Miejski w Dobrym Mieście**

 **ul. Warszawska 14**

 **11-040 Dobre Miasto**

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA**

**NA ZABIEG STERYLIZACJI\* / KASTRACJI\* / UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW\***

**w ramach; „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Dobre Miasto w 2020 roku”.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko lub nazwa jednostki zgłaszającej |  |
| Adres zamieszkania lub siedziby,numer telefonu |  |
| Ilość zwierząt zgłaszanych do zabiegu, ich gatunek, rasa, płeć  |  |
| Rodzaj zabiegu: Sterylizacja\* (szt.)Kastracja\* (szt.)Uśpienie ślepego miotu\* (szt.) |  |
| Miejsce przebywania zwierząt |  |
| Informacje dodatkowe |  |

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do zabiegu zwierzęta są bezdomnymi zwierzętami przebywającymi na terenie gminy Dobre Miasto.

Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do wskazanej przez Urząd lecznicy, w której dokonany zostanie zabieg, odebrania zwierząt z lecznicy oraz sprawowania opieki w okresie ich rekonwalescencji 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 Dobre Miasto w 2020 roku” zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).*

 ……………………………… ………………………..

 miejscowość, data podpis wnioskodawcy

\*Niepotrzebne skreślić