__Załącznik nr 3__ do uchwały nr ..... RM w Krzeszowicach z dnia ..... w sprawie przyjęcia „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Krzeszowice w 2018 roku”

Krzeszowice, dnia ……

Urząd Miejski w Krzeszowicach
Referat Ochrony Środowiska
Pl. F. Kulczyckiego 1
32-065 Krzeszowice

WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI PSA

I. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon:.....

II. INFORMACJE O ZWIERZĘCIU:

Rasa i umaszczenie	
Wiek i płeć	
Waga (orientacyjnie)	
Nr identyfikacyjny (nr czip) oraz **nazwa bazy**, w której zarejestrowany jest pies	
Data ostatniego szczepienia	

Oświadczam, że:
- zamieszkuję na terenie gminy Krzeszowice;
- jestem właścicielem zgłoszonego do zabiegu psa, oraz że pies na stałe przebywa na terenie gminy Krzeszowice;
- zobowiązuje się do opłacenia 40% kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji psa oraz pozostałych kosztów związanych z wykonaniem zabiegu;
- wyrażam zgodę na jednoczesne oznakowanie zwierzęcia (czipowanie), w przypadku gdy pies nie jest oznakowany;
- wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli w celu weryfikacji danych wskazanych we wniosku.

Gmina Krzeszowice 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 Krzeszowice.

Składając wniosek należy okazać książeczkę zdrowia psa, rodowód lub inny dokument potwierdzający prawa do zwierzęcia.

Załączniki:
1. **Kopia dokumentu potwierdzającego aktualne szczepienie przeciwko wściekliźnie psa zgłoszonego do zabiegu.**

……
podpis właściciela psa