

Oświadczenie

DOTYCZĄCE WYKONANIA ZABIEGU WETERYNARYJNEGO W RAMACH PROGRAMU ZAPOBIEGANIA BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT DOMOWYCH NA TERENIE Żabia Wola.

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:

.....

2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia, numer telefonu:

.....

3. Gatunek zwierzęcia kot, pies*, maść, imię, płeć, nr identyfikacyjny

.....
.....

rodzaj wykonywanego zabiegu (sterylizacja, uśpienie ślepego miotu*).

4. Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 50% kosztów zabiegu sterylizacji/ w kwocie zł

(słownie:),

oraz do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt domowych na terenie Gminy Żabia Wola zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami)

.....
Miejscowość, data

.....
podpis właściciela zwierzęcia

* niepotrzebne skreślić