

OŚWIADCZENIE

Dotyczące wykonania zabiegu weterynaryjnego w ramach Programu program opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz przeciwdziałania bezdomności zwierząt na terenie gminy Wiskitki na 2018 rok.

1. Imię i nazwisko właściciela (opiekuna) zwierzęcia:

.....
.....

2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia, numer dowodu osobistego, numer telefonu:

.....
.....

3. Rodzaj (pies, kot) oraz cechy zwierzęcia (maść, imię, płeć, nr identyfikacyjny, miejsce przebywania, waga- dotyczy suk):

.....
.....

4. Rodzaj wykonanego zabiegu:

- a. Kastracja/sterylizacja
- b. Znakowanie

5. Dołączam kserokopie dowodu aktualnego szczepienia psa przeciwko wściekliznie.

6. Zobowiązuje się do opłacenia lekarzowi weterynarii% kosztów zabiegu oraz do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym oświadczeniu dla potrzeb wynikających z realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz przeciwdziałania bezdomności zwierząt na terenie gminy Wiskitki na 2018 rok zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 ze zm.).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis właściciel/opiekuna