.....

miejscowość, data

Burmistrz Gminy Kolonowskie
Ul. Ks. Czerwionki 39
47-110 Kolonowskie

Wniosek o pokrycie kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji kota wolno żyjącego

Imię i nazwisko: .....

Numer telefonu: .....

Adres zamieszkania:

Ulica: .....

Miejscowość: .....

Miejsce przebywania zwierząt: .....

Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu: .....

Rodzaj zabiegu:

sterylizacja..... (szt.)

kastracja ..... (szt.)

Ja niżej podpisany(a) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art.233 §1 KK za składanie fałszywych zeznań:

1. *oświadczam, że kot/koty zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji są kotami wolno żyjącymi, a miejscem przebywania jest adres wskazany we wniosku,*
2. *oświadczam, iż po wykonaniu zabiegu zaopiekuję się kotem/kotami do czasu ich wyleczenia,*
3. *zobowiązuję się do dostarczenia zwierząt do lekarza weterynarii tj. „Przychodnia dla zwierząt Fauna- Jakub Borkowski" z siedzibą przy ul. 1 Maja 7 w Strzelcach Opolskich- wskazaną przez Gminę Kolonowskie i odebrania zwierząt z przychodni, w terminie uzgodnionym z wyżej wskazaną przychodnią.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji usługi bezpłatnej sterylizacji i kastracji kotów wolno żyjących, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (.Dz. U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)

.....

Czytelny podpis osoby zgłaszającej kota/y do zabiegu