

Oświadczenie dotyczące wykonania zabiegu weterynaryjnego w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Strachówka”.

Oświadczenie dotyczące wykonania zabiegu weterynaryjnego w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Strachówka”

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia PESEL
.....
2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia, numer telefonu:
.....
.....
3. Gatunek:..... Rasa:.....
Płeć: Imię:
Wiek: Maść:
Inne:
4. Rodzaj wykonywanego zabiegu sterylizacja/kastracja/uśpienie ślepego miotu*
5. Zobowiązuje się do opłacenia lekarzowi weterynarii 50% kosztów zabiegu w kwocie
.....(słownie:)
.....)
oraz do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.

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

.....
Miejscowość i data

.....
podpis właściciela zwierzęcia

*niepotrzebne skreślić

Przewodniczący Rady
Rosa B
Barbara Rosa