Załącznik nr 2 do Programu
zapobiegania bezdomności zwierząt
na terenie gminy Dobrzyń nad Wisłą

OŚWIADCZENIE

DOTYCZĄCE WYKONANIA ZABIEGU WETERYNARYJNEGO /UŚPIENIE ŚLEPEGO MIOTU/ W RAMACH PROGRAMU ZAPOBIEGANIA BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT NA TERENIE GMINY DOBRZYŃ NAD WISŁĄ

1. Imię i nazwisko właściciela ślepego miotu zwierzęcia:

.....

2. Adres zamieszkania właściciela miotu zwierzęcia, numer telefonu:

.....

3. Gatunek miotu zwierzęcia: kot/pies*

.....

.....

4. Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 50% kosztów zabiegu w kwocie ..... zł (słownie: .....), oraz do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.

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

....

Miejscowość, data czytelny podpis właściciela zwierzęcia

* niepotrzebne skreślić