

Wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko :

Gielniów, dnia.....

.....
2. Adres zamieszkania: .

**BURMISTRZ Miasta i Gminy
Gielniów
Plac Wolności 75**

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZABIEGU
STERYLIZACJI/KASTRACJI*BEZDOMNEGO PSA/KOTA***

Zwracam się o dofinansowanie planowanego zabiegu kastracji/sterylizacji bezdomnego zwierzęcia, którego od dnia sterylizacji stanę się właścicielem.

1. Informacje o zwierzęciu:

Gatunek:.....

Rasa:.....

Wiek:.....

Płeć:.....

Umaszczenie:.....

2. Rodzaj zabiegu (właściwe zaznaczyć):

☐ sterylizacja

☐ kastracja

Uwaga:

Wielkość środków przeznaczonych na przeprowadzenie zabiegów jest ograniczona posiadanymi na ten cel środkami finansowymi.

- Oświadczam, że jestem właścicielem ww. zwierzęcia i zapoznałem się z warunkami dofinansowania przez Gminę Gielniów ww. zabiegów określonych w Programie opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gielniów w 2024 roku.

- Zobowiązuję się do opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.

- W przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych zabiegów leczniczych lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia ich kosztów.

.....
Podpis Wnioskodawcy

**WYRAŻAM ZGODĘ NA ZABIEG W GABINECIE WETERYNARYJNYM ZGODNIE Z
ZAPISAMI ZAWARTYMI W PROGRAMIE OPIEKI NAD ZWIERZĘTAMI
BEZDOMNYMI W GMINIE GIELNIÓW NA ROK 2023 ilość szt.**

.....
Burmistrz Miasta i Gminy Gielniów