……………………………………, dnia ………………………

/miejscowość/ /dnia/

…………………………………………

/imię i nazwisko/

…………………………………………

…………………………………………

/adres/

………………………………………….

/nr telefonu/ **Urząd Gminy w Górznie**

**Ul. Jana Pawła II 10,**

**08 – 404 Górzno**

**W N I O S E K**

**O POMOC FINANSOWĄ W ZABIEGU STERYLIZACJI BEZPAŃSKIEGO ZWIERZĘCIA**

Zwracam się z wnioskiem o pomoc finansową w zabiegu sterylizacji bezpańskiego psa / kota\*.

Obecne miejsce przebywania zwierzęcia ……………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………

Zwierzę przebywa w wyżej wskazanym miejscu przez następujący okres czasu ……………………...

…………………………………………………………………………………………………………

Opis zwierzęcia (wygląd, kondycja fizyczna) …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Zwierzę było / nie było\* przeze mnie dotychczas dokarmiane.

Inne działania podjęte przeze mnie w stosunku do zwierzęcia ………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Po dokonanym zabiegu sterylizacji zobowiązuje się zapewnić zwierzęciu opiekę i schronienie.

………………………………………….

/czytelny podpis/