

**Wnioskodawca:**

1. Imię i nazwisko :

2. Adres zamieszkania: .

Gielniów, dnia.....

**Burmistrz Miasta i Gminy  
Gielniów  
Plac Wolności 75, 26-434 Gielniów**

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZABIEGU STERYLIZACJI LUB KASTRACJI**

Zwracam się o dofinansowanie planowanego zabiegu kastracji/sterylizacji zwierzęcia.

1. Informacje o zwierzęciu:

Imię: .....

Gatunek:.....

Rasa:.....

Wiek:.....

Płeć:.....

Waga (uzupełnić w przypadku psa/suczki):

☐ do 10 kg    ☐ 10-20 kg    ☐ 20-40 kg    ☐ powyżej 40 kg

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.

- 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 I ZAPOBIEGANIA  
BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT**

.....  
Burmistrz Miasta i Gminy Gielniów