

Załącznik nr 1
do Programu opieki nad zwierzętami
bezdonnymi
oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na
terenie Miasta Starachowice w 2024 r.

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Adres zameldowania.....

Urząd Miejski w Starachowicach
ul. Radomska 45
27-200 Starachowice
Referat Ochrony Środowiska

W N I O S E K
o dofinansowanie zabiegu weterynaryjnego
w ramach "Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdonnymi zwierząt na terenie Miasta Starachowice w 2024 r."

Zwracam się o dofinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji* zwierzęcia, którego jestem właścicielem.

1. Gatunek zwierzęcia – kocica* kot* suka* pies*
2. Waga zwierzęcia około..... (tylko w przypadku psów i suk),
3. Ilość zwierzątszt. (nie więcej niż 2 zwierzęta z jednego gospodarstwa domowego).

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu psa przeciwko wściekliznie (w przypadku psów).

Oświadczam, że zwierzę, które zamierzam poddać zabiegowi sterylizacji, kastracji przebywa na terenie Gminy Starachowice oraz, że jestem właścicielem tego zwierzęcia domowego (właściciel to osoba będąca mieszkańcem Gminy Starachowice, będąca faktycznym opiekunem psa lub kota, a wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji nie jest związane z ewentualnie prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą. Wyrażam wolę wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii oraz zgodę na warunki przeprowadzonego zabiegu przez Gminę Starachowice. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Starachowice w 2024 r. Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym

.....
Miejscowość, data
* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis właściciela zwierzęcia