

Data .....

**Dane właściciela zwierzęcia:**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania .....

Tel. kontaktowy.....

**Urząd Miasta i Gminy Buk  
ul. Ratuszowa 1  
64-320 Buk**

**WNIOSEK O DOFINASOWANIE ZABIEGU STERYLIZACJI / KASTRACJI KOTA LUB PSA WŁAŚCICIELSKIEGO**

w ramach Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta i Gminy Buk w 2025 roku.

**Dane dotyczące zgłaszanych do zabiegu zwierząt podkreśl właściwe KOT lub PIES**

1. Płeć.....

2. Rasa .....

3. Umaszczenie .....

4. Wiek.....

5. Waga /orientacyjna/.....

Oświadczam, że jestem właścicielem zwierzęcia, wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu sterylizacji i kastracji.

Zobowiązuję się do dostarczenia zwierząt do lekarza weterynarii wskazanego przez Miasto i Gmina Buk :**Gabinet Weterynaryjny BAVET ul. Słoneczna 8a , 64 – 320 Buk** w terminie uzgodnionym z ww. lekarzem. Nr tel. do Gabinetu: 61 8140 – 122, kom. 506 996 342.

Zobowiązuje się do opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym, a w przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych zabiegów leczniczych lub podania dodatkowych leków zobowiązuje się do poniesienia ich kosztów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi i zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta i Gminy Buk, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781 z póź. zm.).

Podpis właściciela zwierzęcia