Włoszczowa, dnia ………………

Imię i nazwisko .......................................................  
Adres .......................................................................  
..................................................................................  
Telefon / e-mail.........................................................

**Urząd Gminy Włoszczowa**

**ul. Partyzantów 14**

**29-100 Włoszczowa**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji\* kota/psa\***

**w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Włoszczowa”.**

Zwracam się o dofinansowanie planowanego zabiegu kastracji/sterylizacji\* psa/kota\*, którego jestem właścicielem.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

1. Gatunek zwierzęcia: ………………………………

2. Rasa .............................................................  
3. Wiek .............................................................  
4. Płeć ..............................................................  
5. Miejsce przebywania zwierzęcia ...................................................................

Zobowiązuję się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.

W przypadku zabiegu kastracji/sterylizacji\* psa/kota\* zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 25% kosztów ww. zabiegu.

Załączniki:  
1. Oświadczenie dotyczące wykonania zabiegu weterynaryjnego

2. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu psa przeciwko wściekliźnie

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających realizacji programu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r., poz. 1781)*

……………………… .…………………………………….

Miejscowość data podpis wnioskodawcy

\* Niepotrzebne skreślić