

Akceptacja wniosku na zabieg:

Akceptuje się wniosek z dnia Pana/Pani*,
.....

który/która* jest właścicielem zgłoszonego zwierzęcia

Rasa:.....Wiek:.....

Płeć:.....Waga:.....

Numer i data zaświadczenia o zaszczepieniu zwierzęcia przeciw wściekliźnie:.....
.....

do wykonania zabiegu sterylizacji / kastracji zwierzęcia * – z dofinansowaniem 50% kosztów
zabiegów przez Gminę Gostynin.

* - niepotrzebne skreślić

.....
podpis pracownika Urzędu Gminy w Gostyninie

Potwierdzenie wykonania zabiegu:

Potwierdzam, że w dniuprzeprowadziłem zabieg sterylizacji/kastracji*
..... szt. zwierzęcia dostarczonego przez Panią/Pana*
.....

* - niepotrzebne skreślić

Wyliczenie kosztów przeprowadzenia zabiegu:

.....
.....
.....
.....

.....
podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg