

Załącznik Nr 4
do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi
oraz zapobiegania bezdomności zwierząt
na terenie Gminy Gostynin na rok 2024

Gostynin, dnia

.....

.....

.....

adres zamieszkania

.....

numer telefonu

Wójt Gminy Gostynin
ul. Rynek 26
09-500 Gostynin

W N I O S E K
O DOFINANSOWANIE ZABIEGU STERYLIZACJI/ KASTRACJI
ELEKTRONICZNEGO ZNAKOWANIA PSA / KOTA

W ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gostynin na rok 2024” współfinansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie 100% kosztów planowanego zabiegu :

| | | |
|-----------------------|------|-------|
| Steryliczacja: | suka | kotka |
| Kastracja: | pies | kot |

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

Płeć:..... Waga:.....

- Oświadczam, że posiadam aktualny dokument potwierdzający poddanie zwierzęcia obowiązkowemu szczepieniu przeciw wściekliznie (dotyczy wyłącznie psów)
z dnia:**
- Oświadczam, że jestem prawnym właścicielem/ opiekunem zwierzęcia oraz na stałe zamieszkuję na terenie Gminy Gostynin.**

W przypadku zabiegu sterylizacji lub kastracji w/w zwierzęcia, zobowiązuje się właściciela zwierzęcia do:

- opłacenia ewentualnych dodatkowych badań, zabiegów lub usług;
- szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie poza-zabiegowym.

Zabieg zostanie wykonany w Gabiniecie Weterynaryjnym „WADERA” lek. wet. Alicja Ochmańska-Radzikowska przy ul. Zamkowej 19, 09-500 Gostynin

Uwaga:

- Ostateczną decyzję, czy stan zdrowia zwierzęcia pozwala na poddanie go zabiegowi podejmuje lekarz weterynarii.
- Należy stosować się do otrzymanych zaleceń przed i pooperacyjnych przekazanych przez lekarza weterynarii.
- Gmina Gostynin nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie komplikacje, i powikłania związane z przeprowadzonym zabiegiem oraz okresem rekonwalescencji zwierzęcia.

* - niepotrzebne skreślić

.....

podpis wnioskodawcy