

Akceptuje się wniosek z dnia ..... Pana/Pani\* .....,  
.....  
który/która\* jest właścicielem zgłoszonego zwierzęcia .....

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

Płeć:..... Waga:.....

Data szczepienia zwierzęcia przeciw wściekliźnie (dot. psów) ..... do  
wykonania zabiegu sterylizacji / kastracji\* oraz elektronicznego znakowania zwierzęcia –  
Zadanie pn. „Zapobieganie bezdomności zwierząt w gminie Gostynin”- współfinansowano ze środków  
Samorządu Województwa Mazowieckiego

\* niepotrzebne skreślić

.....

podpis pracownika Urzędu Gminy w Gostyninie

**Potwierdzenie wykonania zabiegu:**

Potwierdzam, że w dniu .....przeprowadziłem zabieg sterylizacji/kastracji\* psa/kota\*

Numer chip .....

dostarczonego przez Panią/Pana\* .....

\* - niepotrzebne skreślić

Koszty przeprowadzenia zabiegu:

.....

.....

.....  
podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg