

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 wściekliznie:.....

.....

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 dniu przeprowadziłem zabieg sterylizacji/kastracji
..... szt. zwierzęcia* dostarczonego przez Panią/Pana

.....

* - niepotrzebne skreślić

Wyliczenie kosztów przeprowadzenia zabiegu:

.....

.....

.....

.....

.....
podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg