

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

.....

\* - niepotrzebne skreślić

Wyliczenie kosztów przeprowadzenia zabiegu:

.....

.....

.....

.....

.....  
podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg