

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**Wójt Gminy Lisewo
Jakub Kochowicz
ul. Chelmińska 2
86-230 Lisewo**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZABIEGU
STERYLIZACJI/KASTRACJI PSA/KOTA**

Zwracam się o dofinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji* psa/kota*, którego jestem właścicielem/opiekunem*.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:	
Gatunek	
Rasa	
Wiek	
Płeć	
Waga	

***Niewłaściwe skreślić**

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zobowiązuję się do:

1. Dostarczenia zwierzęcia we własnym zakresie i na własny koszt.
2. Odbioru zwierzęcia we własnym zakresie i na własny koszt.
3. Zapewnienia informacji oraz pomocy niezbędnej do prawidłowego wykonania zabiegu.
4. Szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.
5. Uiszczenia częściowej opłaty za zabieg w wysokości 30 % ceny całkowitej (w przypadku dofinansowania z budżetu Gminy Lisewo).

Oświadczenia:

- zostałem poinformowany, że wykonawcą zabiegu będzie Przychodnia Weterynaryjna Rudy Kot Anna Sargalska w Grudziądzu, ul. Kustronia 3, 86-300 Grudziądz, NIP: 876 205 66 12,
- wyrażam zgodę na trwale oznakowane mojego zwierzęcia (w przypadku zwierząt, które do tej pory nie były oznakowane czipem),
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi i zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Lisewo w 2020 roku, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2018 r. poz.1000 z późn. zm) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95/46- ogólne rozporządzenie o ochronie danych.

.....
Podpis wnioskodawcy

<i>Wypełnia pracownik Urzędu.</i>	
Data wpływu:	
Numer zgłoszenia:	
Przyznano dofinansowanie:	TAK /NIE
Całkowity koszt zabiegu:	
Kwota dofinansowania:	
Kwota do dopłaty przez wnioskodawcę:	
Data wykonania zabiegu:	
Czipowanie:	
Uwagi	