

Urząd Miejski w Mielnie
ul. B. Chrobrego 10
76-032 Mielno

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG STERYLIZACJI*/ KASTRACJI*/**

w ramach „Programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Mielno”.

Imię i nazwisko lub nazwa jednostki zgłaszającej	
Adres zamieszkania lub siedziby, numer telefonu	
Ilość zwierząt zgłaszanych do zabiegu, ich gatunek, rasa, płeć	
Rodzaj zabiegu: Sterylizacja* (szt.) Kastracja* (szt.)	
Miejsce przebywania zwierząt	
Informacje dodatkowe	

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do zabiegu zwierzęta są zwierzętami bezdomnymi.
Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do lecznicy wskazanej przez Urząd w której dokonany zostanie zabieg, odebrania zwierząt z lecznicy oraz sprawowania opieki w okresie rekonwalescencji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Mielno zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.).

.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

*Niepotrzebne skreślić