…….

miejscowość i data

URZĄD MIASTA MILANÓWKA

ul. Kościuszki 45, 05-822 Milanówek

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZABIEGU KASTRACJI LUB STERYLIZACJI ZWIERZĄT DOMOWYCH (PSÓW I KOTÓW) W RAMACH PROGRAMU OPIEKI NAD ZWIERZĘTAMI BEZDOMNYMI ORAZ ZAPOBIEGANIA BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT NA TERENIE MIASTA MILANÓWKA

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

……

Adres zamieszkania:

……

……

Telefon kontaktowy:

……

Numer dowodu osobistego:

……

Dane zwierzęcia, u którego ma być wykonany zabieg kastracji / sterylizacji:

☐ Pies samiec
☐ Pies samica
☐ Kot samiec
☐ Kot samica

Wiek zwierzęcia:

……

Numer mikroczipa (jeśli posiada)

……..

Wnioskodawca jest właścicielem zwierzęcia

☐ Tak
☐ Nie

Wyrażam zgodę na nieodpłatne zaczipowanie kastrowanego/sterylizowanego zwierzęcia*:

☐ tak
☐ nie
☐ zwierzę jest już zaczipowane

*__Wyrażenie zgody jest warunkiem koniecznym do uzyskania dofinansowania zabiegu kastracji/sterylizacji__ dla zwierząt nieposiadających mikroczipa.
Umieszczenie zwierzęcia w elektronicznej bazie umożliwia odnalezienie właściciela w przypadku zagubienia zwierzęcia zapobiegając bezdomności.

W bieżącym roku ubiegałem się o dofinansowanie zabiegu kastracji lub sterylizacji psa lub kota:

☐ tak
☐ nie

Wybór kliniki do wykonania zabiegu (skierowania wydawane według dostępnych środków, po wyczerpaniu puli do konkretnej przychodni zostaniecie państwo skierowani do innej placówki):

☐ Apwet (ul. Chrzanowska 7 i ul. Warszawska 21a)
☐ Megawet (ul. Sportowa 3a)
☐ Veticana (ul. Krzywa 4a)
☐ bez znaczenia

Czytelny podpis Wnioskodawcy:

……