

Nowy Dwór Mazowiecki, dn. ....

.....  
Imię i nazwisko

.....

.....  
Adres /Telefon\*



**NOWY DWÓR  
MAZOWIECKI**  
*www.nowydwormaz.pl*

**Burmistrz Miasta  
Nowy Dwór Mazowiecki**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE ZWIERZĘCIA  
POSIADAJĄCEGO WŁAŚCICIELA  
NA ZABIEG STERYLIZACJI LUB KASTRACJI**

1. Zwierzę zgłoszone do zabiegu:

.....  
(gatunek, maść, imię, płeć, waga, ew. numer identyfikacyjny)

2. Rodzaj zabiegu:

- a. sterylizacja [szt.] .....  
b. kastracja [szt.].....

3. Oświadczam, że zamieszkuję na stałe na terenie Miasto Nowy Dwór Mazowiecki  
4. Zobowiązuję się do dostarczenia zwierzęcia do lekarza weterynarii wskazanego przez Miasto Nowy Dwór Mazowiecki tj:

.....  
.....  
w terminie uzgodnionym z ww. lekarzem i do odbioru zwierzęcia na własny koszt.

5. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania zaszczepienia psa przeciw wściekliźnie w bieżącym roku.  
6. Zobowiązuję się do objęcia zwierzęcia opieką określoną przez ww. lekarza.

**UWAGA:** Dofinansowanie zabiegów sterylizacji lub kastracji zwierząt pozostających pod opieką właściciela prowadzone jest do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie Miasto Nowy Dwór Mazowiecki.

\*nieobowiązkowy

..... Czytelny podpis właściciela zwierzęcia