

Nowy Dwór Mazowiecki, dn.

.....
Imię i nazwisko

.....

.....

Adres / Telefon *

.....

Numer Karty Podatnika



NOWY DWÓR
MAZOWIECKI
www.nowydwormaz.pl

**Burmistrz Miasta
Nowego Dworu
Mazowieckiego**

**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 wściekliznie 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.

.....

Czytelny podpis właściciela zwierzęcia

*nieobowiązkowy