

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG STERYLIZACJI
/KASTRACJI PSÓW/KOTÓW ¹⁾ DOMOWYCH**

(Finansowanie w wysokości 100 % kosztów zabiegu)

Imię i nazwisko właściciela	
Adres zamieszkania właściciela	
Numer telefonu	
Podać rodzaj zwierzęcia (gatunek i płeć)	
Aktualne szczepienie przeciwko wściekliznie ²⁾ – data (dotyczy psów), należy dołączyć potwierdzenie	

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w związku z realizacją dofinansowania zabiegów sterylizacji i kastracji psów i kotów na terenie Gminy Sieroszewice w roku 2026.
2. Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierzęcia do lekarza weterynarii wskazanego przez Gminę Sieroszewice, w której dokonany zostanie zabieg oraz do odebrania wysterylizowanego lub wykastrowanego psa/kota¹⁾ w terminie podanym przez lekarza weterynarii.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Regulaminem dofinansowania zabiegów sterylizacji i kastracji psów i kotów na terenie gminy Sieroszewice w roku 2026”.
4. Oświadczam, że nie będę wnosił/wnosiła żadnych roszczeń za ewentualne powikłania pozabiegowe w stosunku do Gminy Sieroszewice.
5. Oświadczam, że świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych powyżej.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby zgłaszającej zwierzę do zabiegu

1) Niepotrzebne skreślić

2) Skierowanie na zabieg sterylizacji lub kastracji zostanie wystawione tylko i wyłącznie właścicielowi psa, który ma aktualne szczepienie przeciwko wściekliznie (należy do wniosku dołączyć kserokopię zaświadczenia)