

Belsk Duży, dnia .....

Imię i nazwisko .....

Adres .....

.....

Telefon/e-mail .....

**Wójt Gminy Belsk Duży**  
**ul. Jana Kozińskiego 4, 05-622 Belsk Duży**

### WNIOSEK

**o skierowanie na zabieg kastracji/sterylizacji\* psa/suki wraz z czipowaniem w ramach realizacji zadania pn. Zapobieganie Bezdomności zwierząt w gminie Belsk Duży oraz Mazowieckiego Programu Wsparcia Zapobiegania Bezdomności Zwierząt - Mazowsze dla zwierząt - 2024”.**

Zwracam się o dofinansowanie planowanego zabiegu:

kastracji/sterylizacji psa/suki \*      wielkości do 15 kg       powyżej 15 kg

czipowania psa/suki \*

oświadczam, że zwierzę posiada wszczepiony czip z zarejestrowanymi danymi właściciela (zaznaczyć jeśli dotyczy)

Informacje o zwierzęciu:

- a) Rasa .....
- b) Wiek .....
- c) Miejsce przebywania zwierzęcia .....
- d) Maść .....
- e) Imię .....
- f) Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu .....
- g) Zabieg wykonany będzie w gabinecie weterynarii ...**Przychodnia Weterynaryjna Urszula Jeszke** w miejscowości ...**Grójec**..... ul. ...**Mogielnicka 21** .....

**Załącznik:** poświadczenie szczepienia psa na wściekliznę.

- Oświadczam, że jestem właścicielem zwierzęcia i zamieszkuję na terenie gminy Belsk Duży.
- Zobowiązuję się do dostarczenia zwierzęcia do lekarza weterynarii na własny koszt.
- W przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych zabiegów leczniczych lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia ich kosztów.
- Po wykonaniu zabiegu dostarczę Urzędowi Gminy potwierdzenie wykonania zabiegu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
- Zobowiązuję się do podania lekarzowi weterynarii niezbędnych danych do zarejestrowania mikroczipa w międzynarodowym systemie Safe-animal

.....  
podpis wnioskodawcy

\* Niepotrzebne skreślić

Wypełnia Urząd Gminy:

Akceptacja wniosku: tak/nie/częściowo\*

Zgoda na wykonanie zabiegu dla ..... szt. zwierząt

Przewidywane dofinansowanie w kwocie: ..... zł brutto, rozliczone po przedstawieniu faktury lub rachunku za wykonanie usługi.

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania podmiotu

Rozliczenie nastąpi w terminie 14 dni od otrzymania przez Gminę Belsk Duży potwierdzenia wykonania zabiegu w postaci oświadczenia lekarza wykonującego zabieg oraz prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku.

Zadanie pn. Zapobieganie bezdomności zwierząt w Gminie Belsk Duży współfinansowane jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.



Wypełnia lekarz weterynarii:

pieczęć gabinetu weterynaryjnego

**Potwierdzenie wykonania zabiegu:**

Potwierdzam, że w dniu ..... przeprowadziłem zabieg kastrowania/ sterylizacji/ czipowania\* ..... szt. psów dostarczonych przez Panią/Pana

.....

Zwierzę wraz z danymi właściciela zostało zarejestrowane pod następującym numerem w międzynarodowym systemie Safe-animal .....

.....

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg