



Załącznik 1
do Programu opieki nad zwierzętami
bezdolnymi oraz zapobiegania
bezdolności zwierząt na terenie Gminy
Izabelin.

Oświadczenie

DOTYCZĄCE WYKONANIA ZABIEGU WETERYNARYJNEGO W RAMACH PROGRAMU OPIEKI NAD ZWIERZĘTAMI BEZDOLNYMI ORAZ ZAPOBIEGANIA BEZDOLNOŚCI ZWIERZĄT NA TERENIE GMINY IZABELIN.

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:
.....
2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia, numer telefonu:
.....
3. Gatunek zwierzęcia: kot/pies*; maść, imię, płeć, nr identyfikacyjnych (chip) - jeśli posiada
.....
.....

rodzaj wykonywanego zabiegu:

- sterylizacja
- kastracja,
- uśpienie ślepego miotu,
- chipowanie. *

4. Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na oznakowanie psa/kota*, którego jestem właścicielem elektronicznym znacznikiem (chipem) i wpisem do ogólnopolskich baz, zgodnie z danymi podanymi w niniejszym oświadczeniu.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdolnymi oraz zapobiegania bezdolności zwierząt na terenie Gminy Izabelin zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

.....
miejsowość, data

.....
podpis właściciela zwierzęcia

Pouczenie:

Niniejsze oświadczenie ważne jest przez miesiąc od daty wpływu do Urzędu Gminy Izabelin.

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy właścicieli psów i kotów, których zwierzęta nie posiadają chipa – punkt obligatoryjnie.