

Belsk Duży, dnia

Imię i nazwisko
Adres
.....
Telefon/e-mail

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

WNIOSEK

o dofinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji* kota wraz z czipowaniem w ramach realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Belsk Duży oraz „Mazowieckiego Programu Wsparcia Zapobiegania Bezdomności Zwierząt - Mazowsze dla zwierząt 2024”

Zwracam się o dofinansowanie 80% planowanego zabiegu kastracji/sterylizacji kota.

kastracji/sterylizacji kota/kocicy *

czipowania kota/kocicy *

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

Informacje o zwierzęciu:

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

- Zobowiązuję się do dostarczenia kotów do lekarza weterynarii na własny koszt.
- W przypadku kastracji/sterylizacji zwierzęcia zobowiązuję się do pokrycia 20% kosztów zabiegu ze środków własnych.
- Po wykonaniu zabiegu dostarczę Urzędowi Gminy potwierdzenie wykonania zabiegu.
- W przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych zabiegów leczniczych lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia ich kosztów.
- 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 80% dofinansowanie: 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. kotów 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