

Nekla, dnia

Urząd Miasta i Gminy Nekla
ul. Dworcowa 10
62-330 Nekla

WNIOSEK

o skierowanie na zabieg sterylizacji – kastracji

Imię i nazwisko lub nazwa jednostki zgłaszającej,

Adres zamieszkania lub siedziby,

numer telefonu,

Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.),

Rodzaj zabiegu: sterylizacja *(szt.),

kastracja* (szt.),

Informacje dodatkowe – gatunek zwierzęcia (pies, kot),

waga....., wiek, maść.....,

Forma odbioru dokumentu:

☐ Osobiście ☐ Za pośrednictwem poczty ☐ Poczta elektroniczną na adres.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę*/nie wyrażam zgody* na otrzymywanie informacji i korespondencji dotyczących funkcjonowania Miasta i Gminy Nekla za pośrednictwem:

NR TELEFONU:

ADRESU E-MAIL:

oraz zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Burmistrz Miasta i Gminy Nekla, mający siedzibę w Urzędzie Miasta i Gminy Nekla ul. Dworcowa 10, 62-330 Nekla, tel.: 61 43-86-011, adres e-mail: nekla@gminanekla.pl. a szczegółowa informacja o obowiązku informacyjnym dostępna jest na stronie internetowej www.nekla.eu w zakładce Gmina.

* - niepotrzebne skreślić

Oświadczenie właściciela psa / kota

Zobowiązuję się do zrealizowania zabiegu w terminie do 30 listopada.

Zobowiązuję się do opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu.

.....
(podpis właściciela zwierzęcia)