

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZABIEGU
KASTRACJI/STERYLIZACJI* PSA/KOTA***

Zwracam się o dofinansowanie zabiegu kastracji/sterylizacji* psa/kota*, którego jestem właścicielem/opiekunem*

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

2. Informacje o posiadanym zwierzęciu:

Gatunek: pies / kot*

Wiek:

Płeć:

Nr czipa /dotyczy psa/:.....

Nazwa bazy /dotyczy psa/:.....

Do wniosku dołączam kopię zaświadczenia o zaszczepieniu przeciw wściekliznie z dnia /dotyczy psa/.....

Miejsce przebywania zwierzęcia:.....

Planowany termin wykonania zabiegu ustalony z lekarzem weterynarii
....., posiadającym umowy na świadczenie usług objętych
wnioskiem.

Do odbioru skierowania upoważniam:.....
.....

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z Zarządzeniem Nr 0050.27.2025 Burmistrza Miasta Nowy Targ z dnia 18 lutego 2025 r. w sprawie: zasad dofinansowania właścicielom lub opiekunom sterylizacji lub kastracji psów lub kotów i zobowiązuję się do pokrycia pozostałych kosztów związanych z wykonanym zabiegiem oraz do zapewnienia zwierzęciu odpowiedniej opieki w okresie pozabiegowym.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
miejscowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić