**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG STERYLIZACJI LUB KASTRACJI ORAZ CZIPOWANIA PSÓW/KOTÓW\* WŁAŚCICIELSKICH\*\***

**w ramach “Mazowieckiego Programu Wsparcia Zapobiegania Bezdomności Zwierząt - Mazowsze dla zwierząt 2025” (Finansowanie w wysokości 100% kosztów zabiegu)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko właściciela** |  |
| **Adres zamieszkania właściciela** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Podać rodzaj zwierzęcia** |  |
| **Odbiór skierowania**  | osobisty / wysłać pocztą\* |
| **Aktualne szczepienie przeciwko wściekliźnie\*\*\* (dotyczy tylko psów), jeśli tak należy dołączyć potwierdzenie** |  |
| **Obecność oznakowania elektronicznego\*\*\*\* ,jeśli jest należy podać numer czipa** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych, w związku z realizacją programu: „Mazowiecki Program Wsparcia Zapobiegania Bezdomności Zwierząt - Mazowsze dla zwierząt 2025”.

Zobowiązuje się do doprowadzenia zwierzęcia do lekarza weterynarii wskazanego przez Gminę Słupno, w której dokonany zostanie zabieg oraz do odebrania wysterylizowanych lub wykastrowanych psów/kotów w terminie podanym przez lekarza weterynarii.

…................................................ ................................................................

 miejscowość, data podpis osoby zgłaszającej zwierzęta do zabiegu

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Skierowanie jest ważne przez 60 dni od daty wystawienia

\*\*\* Skierowanie na zabieg sterylizacji lub kastracji zostanie wystawione tylko i wyłącznie właścicielowi psa, który ma aktualne szczepienie przeciwko wściekliźnie (należy do wniosku dołączyć kserokopię zaświadczenia)

\*\*\*\* Obecność oznakowania elektronicznego (czipa) zostanie sprawdzona przez lekarza weterynarii. Brak oznakowania oraz złożenie przedmiotowego wniosku jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na oznakowanie psa/kota podczas wykonywania zabiegu.