………………………………, dnia………………….

 (miejscowość) (data)

……………………..…………….

**(Imię i nazwisko)**

…………………………..……….

……………..…………………….

**(Adres)**

……………………..…………….

**(Numer telefonu)**

**Wójt Gminy Nowa Wieś Wielka**

**ul. Ogrodowa 2**

**86-060 Nowa Wieś Wielka**

**Wniosek o sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji zwierzęcia**

Uprzejmie proszę o sfinansowanie sterylizacji zwierzęcia w ramach *Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Nowa Wieś Wielka.*

**Dane dotyczące zwierzęcia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gatunek, rodzaj** |  PIES/KOT\* |
| **Płeć** |  |
| **Kolor** |  |
| **Rasa** |  |
| **Wiek** |  |

**Ważne!**

**Jednocześnie wyrażam zgodę na oznakowanie zwierzęcia (kota) poprzez nacięcie trójkąta
na uchu oraz jego hospitalizację po zabiegu.**

…………………………………

 **(Podpis właściciela/opiekuna)**

**\* Niepotrzebne skreślić**

*Przetwarzanie danych osobowych zgodnie z prawem na podstawie art. 6 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm. -RODO).*