

.....
(pieczęć Gminy Łęczna)

Łęczna, dnia.....

Wniosek

**o skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji* zwierzęcia, którego właściciel jest mieszkańcem
Gminy Łęczna**

Dane właściciela zwierzęcia/opiekuna zwierzęcia*:

Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania:

Zwierzę zgłaszane na zabieg (gatunek, płeć, waga, imię):

.....

Rodzaj zabiegu: sterylizacja/kastracja*

Telefon:

Oświadczenie właściciela zwierzęcia lub opiekuna kotów wolnożyjących

1. Oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Łęczna.
2. Oświadczam, że zwierzę o którego kastrację/sterylizację* wnioskuję, na stałe przebywa na terenie Gminy Łęczna.
3. Zobowiązuję się do dostarczenia i odebrania zwierzęcia w terminie uzgodnionym z lekarzem weterynarii.
4. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów badania ogólnego w przypadku niezakwalifikowania się do zabiegu.
5. W przypadku śmierci zwierzęcia podczas zabiegu, zobowiązuję się do pokrycia kosztów utylizacji zwłok.
6. Gmina Łęczna jest podmiotem finansującym w/w zabiegi i nie ponosi odpowiedzialności za powikłania lub śmierć zwierzęcia w wyniku przeprowadzonego zabiegu, w związku z powyższym oświadczam, że nie będę zgłaszał/a roszczeń w stosunku do Gminy Łęczna.
7. Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku „w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym o przysługującym prawie dostępu do treści danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie danych było dobrowolne

.....
(data i podpis właściciela zwierzęcia)

*niepotrzebne skreślić