**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU STERYLIZACJI LUB KASTRACJI PSA**

1. Wnioskodawca (\* właściciel / opiekun psa): ……………………………………………….

(imię i nazwisko)

1. Adres zameldowania (\* stały / czasowy): ………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………..

(nazwa miejscowości, ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy)

1. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………..........

……………………………………………………………………………………………..

(nazwa miejscowości, ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy)

1. Numer telefonu: …………………………………………………………………………...
2. Informacje dotyczące psa /uzupełnić/:
	* Imię: …………………………………………………………………………………........
	* Płeć: ………...………………….....................................................................................
	* Wiek: ………………………………………………………………………………………
	* Nr transpondera (mikroczipu): ……………………………………………………..
	* Adres nieruchomości, na której stale przebywa pies: ……………………………..

………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku wypełniłem(am) zgodnie z prawdą oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb realizacji zadania sterylizacji i kastracji psów, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz.1000).

……………………………………………………………..

(data i podpis wnioskodawcy)