

Wójt Gminy Troszyn
Ul. Juliusza Słowackiego 13
07-405 Troszyn

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZABIEGU KASTRACJI LUB STERYLIZACJI ZWIERZĄT

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Troszyn na 2023 rok”

Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Troszyn i zwracam się o dofinansowanie zabiegu sterylizacji / kastracji (podkreślić właściwe)

Gatunek zwierzęcia : pies / kot, maść, imię, płeć, nr identyfikacyjnych (chip) - jeśli posiada

.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

Adres zamieszkania:

.....

Dane kontaktowe (telefon , e-mail):

.....

- Wyrażam wolę wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji przez lekarza weterynarii oraz zgodę na warunki współfinansowania zabiegu przez gminę Troszyn określone w Programie opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Troszyn w 2023 roku.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Troszyn na 2023 rok”, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 1781), oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, s. 1, z późn. zm.).
- Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierzęcia do gabinetu weterynaryjnego wskazanego przez Gminę, w którym zostanie wykonany zabieg, oraz do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.
- Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii pozostałych kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji.

.....

Podpis Wnioskodawcy