

**Urząd Gminy Augustów**  
ul. Wojska Polskiego 51  
16-300 Augustów

**I. Wniosek o wykonanie i częściowe sfinansowanie zabiegu sterylizacji**

Imię i nazwisko właściciela lub opiekuna zwierzęcia	
Adres zamieszkania lub siedziby	
Numer telefonu	
Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu, maść, rasa	
Rodzaj zabiegu:	sterylizacja

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu na zwierzęciu oraz przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobieganiu bezdomności zwierząt na terenie gminy Augustów na 2017 r. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 992). Jednocześnie zobowiązuję się do opłacenia kwoty 15 zł tytułem pokrycia części kosztów zabiegu oraz zobowiązuję się do zapewnienia szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.

Augustów, dnia .....

.....  
(czytelny podpis właściciela zwierzęcia)

Powyższy wniosek akceptuję.....

## **II. Oświadczenie lekarza weterynarii:**

Oświadczam, że:

1. Wykonano zabieg sterylizacji zwierzęcia, zgodnie ze sztuką lekarską, które po badaniu nie wykazały zewnętrznych objawów choroby.
2. Zapewniono zwierzęciu opiekę pozabiegową.
3. Przekazano zwierzę właścicielowi.

Augustów, dnia .....

.....  
(czytelny podpis lekarza weterynarii)

## **III. Oświadczenie właściciela zwierzęcia:**

Oświadczam, że odebrałem zwierzę po wykonanym zabiegu sterylizacji i nie wnoszę zastrzeżeń co do wykonania zabiegu.

Augustów, dnia .....

.....  
(czytelny podpis właściciela zwierzęcia)