

WNIOSKODAWCA:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/ korespondencyjny)

.....
(nr telefonu)

**Burmistrz Zawadzkiego
ul. Dębowa 13
47-120 Zawadzkie**

Wniosek o skierowanie kota wolno żyjącego na zabieg sterylizacji/ kastracji

Jako opiekun społeczny kotów wolno żyjących na terenie gminy Zawadzkie proszę
o sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji:

1. Zwierzęta zgłoszone do zabiegu:
 - liczba: (szt.)
 - płeć: (jeśli znana)
2. Wiek: (jeśli znany)
3. Miejsce wyłapania zwierząt: (adres)

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do bezpłatnego zabiegu sterylizacji/kastracji koty są kotami wolno żyjącymi z terenu gminy Zawadzkie.

Zobowiązuję się do dostarczenia zwierząt do lekarza weterynarii wskazanego przez gminę Zawadzkie oraz ich odbioru w terminie uzgodnionym w lekarzem.

Po wykonaniu zabiegu sterylizacji/kastracji i zastosowaniu się do zaleceń przekazanych przez lekarza weterynarii zwierzęta będą przeze mnie wypuszczone w miejscu ich wcześniejszego pochwycenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis imię i nazwisko)