**Dane właściciela zwierzęcia:**

**1. Imię, nazwisko**: ………………………………

**2. Adres:** ………………………………………...

**3. Telefon:** ………………………………………

**Wójt Gminy Miłki ul. Mazurska 2, 11-513 Miłki**

**Wniosek o wykonanie zabiegu elektronicznego znakowania (czipowania) psa**

Proszę o wykonanie zabiegu elektronicznego znakowania psa, którego jestem właścicielem:

Imię psa: ………………………………….

Płeć: ………………………………………

Rasa psa: …………………………………

Data urodzenia lub wiek: ………………..

Data zaszczepienia psa przeciw wściekliźnie: ………………………. (Art. 56 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt Dz. U. z 2023 r. poz. 1075 z późn.zm.)

…………………………………….. (podpis)