*Załącznik Nr 2 do „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta i Gminy Bodzanów w 2024 r.”*

Bodzanów, dnia …………………..

Imię i nazwisko

 …………………………………………………..

Adres

 …………………………………………………...

Telefon …………………………………………..

**Burmistrz Miasta i Gminy Bodzanów**

**ul. Bankowa 7**

**09-470 Bodzanów**

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że jako właściciel zwierzęcia nie ma możliwości zapewnienia schronienia zwierzętom pochodzącym z kolejnych miotów. W związku z powyższym wnioskuję o skierowanie na zabieg sterylizacji / kastracji.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

1. Pies / rasy ………………………………………ilość……. waga………………………..
2. Kot / rasy ………………………………………ilość …… waga ………………………
3. Wiek …………………………….
4. Płeć ……………………………..

………..…………………….

podpis właściciela zwierząt

*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 2024 r., zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781)*

……………………………..

podpis właściciela zwierząt

 Bodzanów, ………………….

…………………………………………..

imię i nazwisko

…………………………………………..

adres

**ZGODA NA ELEKTRONICZNE OZNAKOWANIE ZWIERZĘCIA DOMOWEGO**

 Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na elektroniczne oznakowanie mojego zwierzęcia podczas zabiegu sterylizacji/ kastracji wykonanego w ramach zadania pn. ,,Zapobieganie bezdomości zwierząt w Mieście i Gminie Bodzanów”.

 …………………………..

 czytelny podpis