

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG STERYLIZACJI / KASTRACJI,* LECZENIE,*
UŚPIENIE ŚLEPYCH MIOTÓW* KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Imię i nazwisko opiekuna społecznego zwierząt:

Numer telefonu** :

1) Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.): w tym:

sterylizacja (szt.): / kastracja (szt.): / uśpienie ślepego miotu (szt.):

2) Liczba zwierząt zgłoszonych do leczenia (szt.): w tym:

koci katar (szt.): / panleukopenia (szt.)

Informacje dodatkowe:

1. Oświadczam, że koty zgłoszone do zabiegu/leczenia* są wolno żyjącymi kotami, a miejscem ich przebywania jest adres wskazany w deklaracji.
2. Deklaruję, że zwierzęta (wolno żyjące koty) zostaną doprowadzone do gabinetu, lecznicy lub Schroniska, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu/przeprowadzeniu leczenia* w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.
3. W przypadku zgłoszenia ślepego miotu należy uzasadnić przyczynę wykonania zabiegu – usypianie dokonywane będzie w sytuacjach wyjątkowych, np. w przypadku choroby zwierząt.

UWAGA!

Miasto ponosi jedynie koszty wykonania zabiegu/przeprowadzenia leczenia u kotów wolno żyjących. Wysokość środków przeznaczonych na ten cel jest uzależniona od wysokości zaplanowanych środków w budżecie Miasta.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy

* *niepotrzebne skreślić*

** *dane nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawach zwierząt*