*Załącznik nr 1 do*

*Regulamin dofinansowania sterylizacji/kastracji zwierząt właścicielskich na 2025 rok*

Kłoczew, dnia ………………………

……………………………………………………….……………….

……………………………………………………….……………….

……………………………………………………….……………….

……………………………………………………….……………….

(imię i nazwisko, adres, nr telefonu Wnioskodawcy)

**Urząd Gminy Kłoczew**

**ul. Długa 67**

**08-550 Kłoczew**

**Wniosek**

**o dofinansowanie sterylizacji/kastracji zwierząt właścicielskich w 2025 roku**

**oraz usługi czipowania wraz z wprowadzeniem do bazy**

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………….………………………………………………
2. Adres zam. ………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Rodzaj zabiegu kastracja / sterylizacja\*
4. Numer telefonu …………………………………………..………………………………………………………………………….
5. Informacje o posiadanym zwierzęciu:
	1. Gatunek ………………………………………………………………………..…………………………………………………
	2. Rasa ……………………………………………………………………………..………………………………………………….
	3. Data urodzenia (wiek) ………………………………………………………….………………………………………….
	4. Płeć żeńska / męska \*
	5. Waga (dotyczy psa/suki) ………………………………......................…………………………………………….
	6. Data ostatniego obowiązkowego szczepienia psa/suki przeciw wściekliźnie (wymagane okazanie dowodu szczepienia) ……………………………………….………………………………………………..
6. Oświadczenie właściciela zwierzęcia:
	1. Oświadczam, że jestem właścicielem wskazanego we wniosku zwierzęcia i zobowiązuje się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym oraz ponoszenia ewentualnych kosztów z tym związanych. Ponadto posiadam książeczkę zdrowia zwierzęcia.
	2. Oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Kłoczew.
	3. Oświadczam, że zwierzę, o którego kastrację/sterylizację wnioskuję, na stałe przebywa na terenie Gminy Kłoczew.
	4. Oświadczam, że suka/pies jest zaszczepiony przeciwko wściekliźnie (należy przedstawić do wglądu aktualny dokument potwierdzający zaszczepienie psa przeciwko wściekliźnie).
	5. Zobowiązuję się do pokrycia pozostałych 50% kosztów w/w zabiegu w Gabinecie Weterynaryjnym, z którym Gmina Kłoczew ma podpisaną umowę na świadczenie usług w przedmiocie wniosku,
	6. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów badania ogólnego w przypadku niezakwalifikowania do zabiegu,
	7. Zobowiązuję się do dostarczenia i odebrania zwierzęcia w terminie uzgodnionym z lekarzem weterynarii,
	8. Gmina Kłoczew jest podmiotem współfinansującym w/w zabieg i nie ponosi odpowiedzialności za powikłania lub śmierć zwierzęcia wynikające z przeprowadzonego zabiegu, w związku z powyższym oświadczam, że nie będę zgłaszał/a roszczeń w stosunku do Gminy Kłoczew.
	9. W przypadku śmierci zwierzęcia podczas zabiegu zobowiązuje się do pokrycia kosztów utylizacji zwłok.
	10. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami „Regulaminu dofinansowania sterylizacji/kastracji zwierząt właścicielskich na 2025 rok.”

Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………………..........…………………………

miejscowość, data czytelny podpis wnioskodawcy

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 terenie Gminy Kłoczew w 2025 roku”.

.……………………..………………………

czytelny podpis wnioskodawcy

*Wypełnia pracownik Urzędu Gminy Kłoczew*

Tożsamość osoby wnioskującej o sfinansowanie zabiegu potwierdzono/nie potwierdzono\* na podstawie posiadanych danych.

Wniosek został pozytywnie/negatywnie zweryfikowany przez Gminę Kłoczew do dofinansowania.

*Uwagi:*

………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………

data i podpis pracownika

\*niepotrzebne skreślić