

Spiczyn, dnia

**WNIOSEK O WYKONANIE ZABIEGU STERYLIZACJI SUK/KOTEK*
LUB KASTRACJI PSÓW/KOCURÓW**

**Wójt Gminy Spiczyn
Spiczyn 10 C
21-077 Spiczyn**

Zwracam się z wnioskiem o wykonanie w ramach Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi i zapobieganiu bezdomności zwierząt na terenie Gminy Spiczyn w 2025 r., zabiegu sterylizacji suki/kotki* lub kastracji psa/kocura*, którego jestem właścicielem.

**niepotrzebne skreślić*

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....
2. PESEL:
3. Adres:.....
4. Telefon/ e-mail:
5. Informacje o posiadanym zwierzęciu:

Gatunek:	Rasa:
Wiek:	Płeć:

Zobowiązuje się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.

Oświadczam, iż zwierzę na stałe przebywa na terenie Gminy Spiczyn.

Załączniki:

1. W przypadku sterylizacji suki/kastracji psa dokument potwierdzający zaszczepienie psa przeciwko wścieklicznie.

.....
(Podpis właściciela zwierzęcia)

Skierowanie nr.....

z dnia.....

Na zabieg sterylizacji/kastracji zwierzęcia właścicielskiego w ramach Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Spiczyn w 2025 roku.

1. Zabieg wykonywany w Gabinetce Weterynaryjny Zawieprzyce Kolonia 8, 21-077 Spiczyn przez lekarza weterynarii pana Michała Józwiaka. Nr tel: 604546801
2. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:.....
3. Adres:.....
4. Numer telefonu wnioskodawcy:
5. Rodzaj zabiegu: sterylizacja / kastracja*
6. Informacje o posiadanym zwierzęciu:

Gatunek:	Rasa:
Wiek:	Płeć:

7. Skierowanie jest ważne 1 miesiąc od dnia wydania niniejszego skierowania.

.....

Pieczętka i podpis upoważnionego pracownika Urzędu Gminy Spiczyn