Skwierzyna, dnia

(imię i nazwisko opiekuna społecznego kotów)

………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………
 (adres)

………………………………………………………………………..
 (telefon)

**Burmistrz Skwierzyny**

Rynek 1

66-440 Skwierzyna

WNIOSEK

**o skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji**

1. Zwierzęta zgłoszone do zabiegu

liczba (szt.)

płeć (jeżeli jest znana)

znaki szczególne

1. Rodzaj zabiegu:

□ sterylizacja (szt.)

□ kastracja (szt.)

1. Inne usługi dot. opieki nad zwierzętami:
2. Szczepienie – liczba (szt)

Miejsce przebywania zwierząt …………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie zwierzęta do bezpłatnego zabiegu sterylizacji/kastracji/ lub też innej usługi wskazanej w pkt 3 niniejszego wniosku \* są kotami wolno żyjącymi. Zobowiązuję się do dostarczenia zwierząt do lekarza weterynarii wskazanego przez Gminę Skwierzyna w terminie uzgodnionym z lekarzem. Po wykonaniu zabiegu sterylizacji/kastracji/lub też innej usługi wskazanej w pkt 3 niniejszego wniosku\* i zachowaniu wskazanego przez lekarza okresu zwierzęta będą przeze mnie wypuszczone w miejscu ich wcześniejszego pochwycenia.

 (podpis wnioskodawcy)