Nowy Dwór Mazowiecki, dn. ...........................

......................................................... Imię i nazwisko

.........................................................

.........................................................

Adres / Telefon \*

.........................................................

Numer Karty Podatnika

**Burmistrz Miasta  
Nowego Dworu Mazowieckiego**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE ZWIERZĘCIA POSIADAJĄCEGO WŁAŚCICIELA**

**NA ZABIEG STERYLIZACJI LUB KASTRACJI**

1. Zwierzę zgłoszone do zabiegu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

(gatunek, maść, imię, płeć, waga, ew. numer identyfikacyjny)

1. Rodzaj zabiegu:
   1. sterylizacja [szt.] ……………………
   2. kastracja [szt.]…………………
2. Oświadczam, że zamieszkuję na stałe na terenie Miasto Nowy Dwór Mazowiecki
3. Zobowiązuję się do dostarczenia zwierzęcia do lekarza weterynarii wskazanego przez Miasto Nowy Dwór Mazowiecki tj:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

w terminie uzgodnionym z ww. lekarzem i do odbioru zwierzęcia na własny koszt.

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania zaszczepienia psa przeciw wściekliźnie w bieżącym roku.
2. Zobowiązuję się do objęcia zwierzęcia opieką określoną przez ww. lekarza.

**UWAGA:** Dofinansowanie zabiegów sterylizacji lub kastracji zwierząt pozostających pod opieką właściciela prowadzone jest do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie Miasto Nowy Dwór Mazowiecki.

………………………………………………………

Czytelny podpis właściciela zwierzęcia

\*nieobowiązkowy