

Głowaczów, dnia

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

**Wójt Gmin Głowaczów
ul. Rynek 35
26-903 Głowaczów**

Zwracam się o wykonanie, w ramach Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi i zapobieganiu bezdomności zwierząt, zabiegu sterylizacji suki/ kotki* lub kastracji psa/kocura, którego jestem właścicielem.

1. Wnioskodawca:
2. PESEL:
3. Adres:
4. Telefon/ e-mail
6. Informacje o posiadanym zwierzęciu:
 - Gatunek:.....
 - Rasa:.....
 - Wiek:.....
 - Płeć:.....
7. Oświadczam, że zwierzę przebywa na terenie Gminy Głowaczów.
8. W przypadku sterylizacji suki/ kastracji psa przedstawiam dokument potwierdzający zaszczepienie psa przeciwko wściekliznie.

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

.....
(Podpis właściciela zwierzęcia)

*niepotrzebne skreślić