

Załącznik 1

**Oświadczenie
dotyczące wykonania zabiegu weterynaryjnego
w ramach „Programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gózd
w 2024 r.”**

Oświadczam, że pies/kot*, którego zamierzam adoptować przebywa na terenie Gminy, jest bezdomny. Wykonanie zabiegu kastracji lub sterylizacji nie jest związane z ewentualnie prowadzoną przez mnie działalnością gospodarczą.

Wyrażam wolę adopcji piesa/kota*, oraz wolę wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii finansowanego przez Gminę Gózd.

1. Imię i nazwisko osoby adoptującej zwierzę

.....
.....

2. Adres zamieszkania, numer telefonu

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

3. Gatunek zwierzęcia kot*/pies* maść, płeć, wiek, nr identyfikacyjny

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

4. Rodzaj wykonanego zabiegu sterylizacja*/kastacja*

5. Zobowiązuję się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gózd zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1834 ze zm) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby adoptującej zwierzę)

.....
(podpis lekarza weterynarii, pieczęć)

Oświadczenie

DOTYCZĄCE WYKONANIA ZABIEGU WETERYNARYJNEGO W RAMACH PROGRAMU OPIEKI NAD ZWIERZĘTAMI ORAZ ZAPOBIEGANIA BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT - UDZIELANIA DOFINANSOWANIA ZABIEGÓW STERYLIZACJI ALBO KASTRACJI PSÓW I KOTÓW NA TERENIE GMINY GÓZD

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:

.....

2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia, numer telefonu:

.....

3. Gatunek zwierzęcia kot, pies*, maść, imię, płeć, nr identyfikacyjny

.....

.....

rodzaj wykonywanego zabiegu (sterylizacja, kastracja).

4. Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 80 % kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji w kwocie

zł (słownie:),

oraz do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami oraz zapobiegania bezdomności zwierząt - dofinansowania zabiegów sterylizacji albo kastracji psów i kotów na terenie gminy Gózd zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis właściciela zwierzęcia

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3 do umowy

Gózd, dn.

(Pieczęć lekarza)

Notatka z przyjęcia zwierzęcia do lecznicy

Osoba zgłaszająca

Opis zwierzęcia

Opis okoliczności zdarzenia (wypadku)

Zakres wykonywanych zabiegów weterynaryjnych

Propozycja dalszego postępowania ze zwierzęciem

.....
Pieczęć i podpis lekarza weterynarii

**Rejestr usług weterynaryjnych wykonanych w okresie od dnia
do dnia,**

Lp.	Data przyjęcia zwierzęcia	Zwierzę dostarczone przez:	Gatunek i płeć zwierzęcia	Wykaz przeprowadzonych zabiegów/leczenia (według formularza cenowego)	Cena brutto za zabieg/leczenie
RAZEM					

.....
data, podpis i pieczęć wykonawcy