

.....
(miejsowość, data)

**Burmistrz Miasta i Gminy Drobin
ul. Marszałka Piłsudskiego 12
09-210 Drobin**

WNIOSEK

**o wykonanie i sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji /
wraz z czipowaniem kota/psa w ramach „Mazowieckiego Programu
Zapobiegania Bezdomności Zwierząt - Mazowsze dla zwierząt 2026”
oraz „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz
zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta i Gminy Drobin
na rok 2026”.**

Sterylicacja oraz czipowanie

Kastracja oraz czipowanie

Proszę podkreślić wybrane

1. Imię i nazwisko właściciela / opiekuna
zwierzęcia.....
2. Adres zamieszkania
.....
.....
3. Nr telefonu

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

1. **Imię zwierzęcia:.....**
1. Rasa
2. Wiek
3. Płeć: kocica* kot* suka* pies*
4. Miejsce przebywania
zwierzęcia.....
5. Waga.....

6. Nr czip (jeśli zaczipowany)..... **(konieczna wiedza właściciela psa)**

Oświadczam, że:

- zwierzę, które zamierzam poddać zabiegowi sterylizacji/kastracji* oraz czipowania (obowiązkowe przy każdym zabiegu chyba że zwierzę posiada czip) przebywa na terenie Gminy Drobin oraz, że jestem prawnym właścicielem/opiekunem tego zwierzęcia, oraz na stałe zamieszkuję na terenie Gminy Drobin, (właściciel to osoba będąca mieszkańcem Gminy Drobin, będąca faktycznym opiekunem psa lub kota przebywającego wraz z człowiekiem w jego domu lub innym odpowiednim pomieszczeniu,
- wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji nie jest związane z ewentualnie prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą),
- posiadam aktualny dokument potwierdzający poddanie zwierzęcia obowiązkowemu szczepieniu przeciw wściekliźnie (dotyczy wyłącznie psów).

Wyrażam zgodę:

- na elektroniczne znakowanie mojego zwierzęcia wraz z rejestracją w ogólnodostępnej bazie danych zwierząt znakowanych *Safe Animal*,
- wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii oraz zgodę na warunki przeprowadzanego zabiegu przez Gminę Drobin. Zobowiązuję się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu. W przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych badań, zabiegów, usług lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia ich kosztów.
- na szczególną opiekę nad zwierzęciem w okresie poza zabiegowym.

Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Uwaga:

1. ostateczną decyzję, czy stan zdrowia pozwala na poddanie go zabiegowi podejmuje lekarz weterynarii,
2. należy zastosować się do otrzymanych zaleceń przed i pooperacyjnych przekazanych przez lekarza weterynarii,
3. Gmina Drobin nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie komplikacje i powikłania związane z przeprowadzonym zabiegiem oraz okresem rekonwalescencji zwierzęcia.

*- wybraną pozycję podkreślić

.....
Podpis właściciela/opiekuna psa/kota

