

**Do Urzędu Gminy w Celestynowie
ul. Regucka 3 , 05-430 Celestynów**

W n i o s e k
o skierowanie na zabieg sterylizacji – kastracji – lub eutanazji pełnych ślepych miotów

Imię i nazwisko lub nazwa jednostki zgłaszającej:

Adres zamieszkania lub siedziby:

Numer telefonu:

Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.):

Rodzaj zabiegu: sterylizacja *(szt.):

kastracja* (szt.):

uśpienie ślepego miotu* (szt.):.....

Miejsce przebywania zwierząt:

Informacje dodatkowe – gatunek zwierzęcia:

Masa ciała zwierzęcia w kg:

.....
(podpis właściciela zwierzęcia)

Oświadczenie właściciela psa / kota

Zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 50 % kosztów zabiegu sterylizacji, kastracji lub eutanazji w kwociezł(słownie:.....)
oraz do opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu.

.....
(podpis właściciela zwierzęcia)

*właściwe podkreślić