**Wniosek właściciela o wykonanie zabiegu elektronicznego znakowania psa / kota\* na koszt gminy Michałowice w ramach programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Michałowice**

***Ja niżej podpisany,***

Imię i nazwisko właściciela psa / kota\*: ………..…………………………………………

Miejsce zamieszkania właściciela psa / kota\*: …..……………………………………..……………………

Telefon właściciela psa / kota\*: ………………………………………

***Proszę o wykonanie zabiegu elektronicznego znakowania psa / kota\*, którego jestem właścicielem***

Imię psa / kota\*: ..……………………….………………

Płeć: ………..……………………………………

Rasa psa / kota\*: ………...………………………………

Maść: ……………………………………………

Data urodzenia lub wiek: ………………………………

Data zaszczepienia psa przeciw wściekliźnie: ………………………………

*(Art. 56 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt Dz. U. z 2023 r. poz. 1075 )*

Wypełniając wniosek wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych i oświadcza, iż przyjmuje do wiadomości, że:

1. administratorem zebranych danych osobowych jest Gmina Michałowice z siedzibą w Regułach przy ulicy Aleja Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice;
2. dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie dla potrzeb wynikających z realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Michałowice;
3. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wykonania zabiegu elektronicznego znakowania psa/kota na koszt gminy Michałowice;
4. jest świadomy prawa dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Data: …………………… ……….………………………

 Podpis właściciela

*\* niewłaściwe skreślić*

Dnia: …………………… w/w zwierzę zostało oznakowane chipem o numerze:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ……………………………………

podpis i pieczątka imienna lekarza weterynarii