|  |
| --- |
| **GK.614.\_\_\_\_\_.2017** |

*Wypełnia Urząd Gminy*

**Wniosek właściciela o wykonanie zabiegu elektronicznego znakowania psa 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: ………..…………………………………………

Miejsce zamieszkania właściciela psa: ………..……………………………………..……………………

Telefon właściciela psa: ………………………………………

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

Imię psa: ..……………………….………………

Płeć: ………..……………………………………

Rasa psa: ………...………………………………

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 2014 r. poz. 1539 ze zm. )*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Michałowice, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).*

Data: …………………… ……….………………………

 Podpis właściciela

Dnia: …………………… w/w pies został oznakowany czipem o numerze:

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

PUPIL Gabinet Weterynaryjny

Marta Ambroziak-Doğru

ul. ks. I. Skorupki 5a

05-820 Piastów

tel. 22 753 59 62 ……………………………………

podpis i pieczątka imienna lekarza weterynarii