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

*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 2017 r. poz. 1855 )*

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 na koszt gminy Michałowice;
4. jest świadomy prawa dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

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