

Załącznik nr 1
do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi
oraz zapobiegania bezdomności zwierząt

Dziadkowice, dniar.

Wójt Gminy Dziadkowice
Dziadkowice 13
17-306 Dziadkowice

WNIOSEK

**o skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji w ramach Gminnego programu opieki
nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt**

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej,
Adres zamieszkania,
numer telefonu,
Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.),
Rodzaj zabiegu:
sterylizacja *(szt.).....,
kastracja* (szt.),
Informacje dodatkowe -

.....
(podpis właściciela/opiekuna zwierzęcia)

** niepotrzebne skreślić*