..............................................

miejscowość i data

**Burmistrz Reszla
ul. Rynek 24**

**11-440 Reszel**

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE**

**ZABIEGU STERYLIZACJI/KASTRACJI\* KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

**w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt
na terenie Gminy Reszel”**

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

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do niniejszego wniosku o sfinansowanie sterylizacji/kastracji koty są kotami wolno żyjącymi\*

\* niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Reszel, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r.
o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781)

….................................................. ..................................................

miejscowość i data podpis wnioskodawcy