

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko właściciela zwierzęcia)

.....
(adres zamieszkania właściciela zwierzęcia)

.....
(nr telefonu)

**Burmistrz
Miasta i Gminy Gryfino
ul. 1 Maja 16
74-100 Gryfino**

**WNIOSEK
o przeprowadzenie zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji psa/kota
przebywającego stale na terenie Gminy Gryfino,
posiadającego właściciela**

CZĘŚĆ I - wypełnia właściciel zwierzęcia:

1. Imię zwierzęcia:
2. Gatunek i płeć zwierzęcia (właściwie zaznaczyć):
 - kotka,
 - kocur,
 - pies,
 - suka o wadze do 10 kg,
 - suka o wadze 11-30 kg,
 - suka o wadze powyżej 30 kg.
3. Rasa zwierzęcia:
4. Maść zwierzęcia:
5. Adres stałego miejsca przebywania zwierzęcia:
6. Data aktualnego szczepienia przeciwko wściekliznie (dotyczy psów - zgodnie z dowodem szczepienia):

Załączniki:

- kserokopia aktualnego dowodu szczepienia przeciwko wściekliznie (dotyczy psów).

.....
(podpis właściciela zwierzęcia)

UWAGA:

Przed przeprowadzeniem zabiegu zwierzę powinno zostać poddane przynajmniej 12-godzinnej głodówce.

CZĘŚĆ II - wypełnia lekarz weterynarii przeprowadzający zabieg:

(Po wypełnieniu i podpisaniu Części II wniosku, lekarz weterynarii przeprowadzający zabieg dostarcza ją do Urzędu Miasta i Gminy w Gryfinie).

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:
2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia:
3. Imię zwierzęcia:
4. Gatunek i płeć zwierzęcia (właściwie zaznaczyć):
 - kotka,
 - kocur,
 - pies,
 - suka o wadze do 10 kg,
 - suka o wadze 11-30 kg,
 - suka o wadze powyżej 30 kg.
5. Rasa zwierzęcia:
6. Maść zwierzęcia:
7. Data wykonania zabiegu:
8. Data podania antybiotyku i leków przeciwbólowych po przeprowadzonym zabiegu:
 - I podanie:
 - II podanie:
 - III podanie:

.....
(podpis lekarza weterynarii)

.....
(podpis właściciela zwierzęcia)