

*Załącznik nr 1 do Programu opieki nad zwierzętami  
bezdolnymi oraz zapobiegania bezdomności  
zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 r.  
Uchwała Rady Gminy Gietrzwałd  
Nr XLI /419/2014 z dn. 11.03.2014*

**Zakład Gospodarki Komunalnej  
w Gietrzwałdzie  
ul. Olsztyńska 2, 11-036 Gietrzwałd**

**DEKLARACJA  
OSÓB SPOŁECZNIE OPIEKUJĄCYCH SIĘ  
WOLNO ŻYJĄCYMI KOTAMI**

Imię i nazwisko opiekuna społecznego kotów wolno żyjących	
Adres zamieszkania numer telefonu	
Zwierzęta objęte opieką , ich liczba i płeć	
Miejsce przebywania zwierząt	
Forma udzielanej zwierzętom opieki	
Informacje dodatkowe/ np. informacja o konieczności wykonania zabiegów: sterylizacji lub kastracji lub usypiania ślepych miotów	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 roku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) przy zachowaniu prawa dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawienia.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis  
opiekuna społecznego

Załącznik nr 2 do Programu opieki nad zwierzętami  
bezdonnymi oraz zapobiegania bezdomności  
zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 r.  
Uchwała Rady Gminy Gietrzwałd  
Nr XLI/419/2014 z dn. 11.03.2014

Zakład Gospodarki Komunalnej  
w Gietrzwałdzie  
ul. Olsztyńska 2, 11-036 Gietrzwałd

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA  
NA ZABIEG STERYLIZACJI/ KASTRACJI\* LUB UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW \*  
w ramach „Programu zapobiegania bezdomności zwierząt  
na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 r.”.**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania numer telefonu	
Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu.	
Rodzaj zabiegu: sterylizacja* (szt.) Kastracja* (szt.) Uśpienie ślepego miotu* (szt.)	
Miejsce przebywania zwierząt	
Informacje dodatkowe	

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do zabiegu zwierzęta są zwierzętami bezdomnymi. Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do lecznicy wskazanej przez Gminę Gietrzwałd, w której dokonany zostanie zabieg oraz odebrania zwierząt z lecznicy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 r. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) przy zachowaniu prawa dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawienia.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis  
opiekuna społecznego

\*Niepotrzebne skreślić

W przypadku zgłoszenia ślepego miotu należy uzasadnić przyczynę wykonania zabiegu. Usypianie ślepych miotów dokonywane będzie w sytuacjach wyjątkowych, np. w przypadku choroby zwierząt.



Gietrzwałd, dnia .....

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Telefon / e-mail.....

**Zakład Gospodarki Komunalnej  
w Gietrzwałdzie  
ul. Olsztyńska 2, 11-036 Gietrzwałd**

**WNIOSEK  
o dofinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji\* kota/psa\*  
w ramach „Programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy  
Gietrzwałd w 2014 r.”.**

Zwracam się o dofinansowanie planowanego zabiegu kastracji/sterylizacji\* psa/kota\*,  
którego jestem właścicielem.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

1. Gatunek zwierzęcia: kot\*/pies\*, maść, płeć, wiek, rasa, nr identyfikacyjny

.....  
2. Miejsce przebywania zwierzęcia .....

3. Rodzaj wykonanego zabiegu: sterylizacja\*/kastracja\*.

Oświadczam, że pies/kot\*, którego zamierzam poddać zabiegowi sterylizacji/kastracji\*  
przebywa na terenie Gminy Gietrzwałd oraz że jestem właścicielem tego zwierzęcia  
domowego (właściciel to osoba będąca mieszkańcem Gminy, będąca faktycznym opiekunem  
psa lub kota przebywającego wraz z człowiekiem w jego domu lub innym odpowiednim  
pomieszczeniu, a wykonanie zabiegu kastracji lub sterylizacji nie jest związane  
z ewentualnie prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą).

Wyrażam wolę wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii oraz zgodę na warunki  
współfinansowania/finansowania\* zabiegu przez Gminę Gietrzwałd. Zobowiązuję się do  
szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.

W przypadku zabiegu kastracji/sterylizacji\* kota zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi  
weterynarii 50 % kosztów ww. zabiegu.

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 Gietrzwałd w 2014 r. zgodnie z  
ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101  
poz.926 z późn.zm) przy zachowaniu prawa dostępu do treści swoich danych oraz do ich  
poprawienia.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej  
z art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997r. nr 88, poz. 553, z późn. zm.)  
przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*Niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis właściciela zwierzęcia)

Załączniki:

1. Kserokopia potwierdzenia wykonania zaszczepienia psa/kota\* przeciw wścieklicznie w bieżącym roku.
2. Potwierdzenie uiszczenia opłaty zgodnie z uchwałą Nr XXXVI/362/2013 Rady Gminy Gietrzwałd z dnia 3 października 2013r. w sprawie określenia wysokości stawki opłaty od posiadania psów, określenia zasad ustalania i poboru oraz terminu płatności opłaty od posiadania psów a także zarządzenia poboru tej opłaty w drodze inkasa, określenia inkasentów i wysokości wynagrodzenia za inkaso.