

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONANIA ZABIEGU WETERYNARYJNEGO W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU ZWALCZANIA BEZDOMNOŚCI WŚRÓD ZWIERZĄT DOMOWYCH W 2020 ROKU NA TERENIE GMINY LESZNO**

1. Imię i Nazwisko Właściciela Zwierzęcia .....

Adres .....

Telefon .....

2. Zwierzę, które zostanie poddane zabiegowi: PIES / KOT, płeć, nr chip (jeśli posiada)

.....  
.....

**Rodzaj zabiegu** (zaznacz „X” odpowiednią kratkę):

<input type="checkbox"/>	<b>Chipowanie</b>
<i>Oświadczam, że jestem właścicielem chipowanego zwierzęcia i wyrażam zgodę na wpisanie jego danych do ogólnopolskiej bazy Safe Animal zawartych w niniejszym wniosku.</i>	

<input type="checkbox"/>	<b>Kastracja</b>
<i>Zobowiązuję się otoczyć zwierzę szczególną opieką po zabiegu i stosować do zaleceń lekarza weterynarii.</i>	
<i>Jednocześnie wyrażam zgodę na elektroniczne oznakowanie psa, którego jestem właścicielem i wpisaniem do ogólnopolskiej bazy Safe Animal danych zawartych w niniejszym wniosku.</i>	

<input type="checkbox"/>	<b>Eutanazja ślepego miotu</b>
<i>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ww wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobieganiu bezdomności zwierząt na terenie Gminy Leszno, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922)</i>	

.....  
Podpis pracownika urzędu

.....  
Podpis właściciela zwierzęcia

**Uwagi:**

*Czas realizacji na wykonanie ww zabiegów, wynosi 3 miesiące od daty podpisania oświadczenia.*

*Dodatkowe koszty wynikające z konieczności zakupu ubranek pooperacyjnych czy dodatkowych leków i materiałów (zwłaszcza dla psów o wadze powyżej 25 kg) lub w przypadku ujawnienia nieprzewidzianych okoliczności w trakcie zabiegu ponosi właściciel zwierzęcia.*

*Gmina Leszno nie ponosi odpowiedzialności za jakość wykonanych zabiegów bądź ewentualnych powikłań pooperacyjnych.*

**Adresy lecznic, w których wykonywane są zabiegi:**

1. Gabinet Leszno - ul. Tuwima 29, 05-084 Leszno, tel. 781-211-811
2. Centrum Weterynaryjne Adam Jakubowski, ul. Długa 1/1a, 96-500 Sochaczew, tel. 512-786-743

*W celu umówienia wizyty prosimy o wcześniejsze ustalenie terminu z wybraną przez Państwa lecznicą.*