

Dobroń, dnia .....

**ZGŁOSZENIE PSA DO ZABIEGU CZIPOWANIA,  
OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE FAKT ZAMIESZKANIA  
NA TERENIE GMINY DOBRÓŃ**

1. Imię i nazwisko właściciela psa wskazanego do zaczipowania:

.....

2. Adres zamieszkania: .....

tel. ...., e-mail: .....

3. Zwierzę zgłoszone do zabiegu czipowania:

- imię .....
- rasa .....
- płeć .....
- wiek .....
- umaszczenie/rodzaj sierści.....

4. Adres stałego pobytu psa: .....

.....

**Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, że:**

- moje stałe miejsce zamieszkania znajduje się na terenie gminy Dobroń,
- pies wskazany do zaczipowania jest moją własnością,
- pies posiada aktualne szczepienie przeciwko wściekliźnie.

Czipowanie zostanie przeprowadzone przez lekarza weterynarii wskazanego przez Gminę Dobroń: tj. **Gabinet Weterynaryjny w Dobroniu, ul. Wrocławska 11B, 95-082 Dobroń**, w terminie uzgodnionym z ww. gabinetem, telefon do kontaktu 508 277 796.

Koszty powyższego zabiegu pokryte zostaną przez Urząd Gminy w Dobroniu, zgodnie z zawartą umową z Gabinetem Weterynaryjnym w Dobroniu z dnia 02.01.2017 roku.

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi i zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Dobroń zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).

.....  
Podpis właściciela