

Pieczęć wykonawcy

URZĄD MIEJSKI W ALEKSANDROWIE ŁÓDZKIM
BIURO PEŁNOMOCNIKA DS. ZWIERZĄT
PLAC KOŚCIUSZKI 2, 95-070 ALEKSANDRÓW ŁÓDZKI

WNIOSEK O REALIZACJĘ USŁUGI WETERYNARYJNEJ

STERYLIZACJA/KASTRACJA ZWIERZĘCIA WŁAŚCICIELSKIEGO LUB KOTA WOLNOŻYJĄCEGO

Wniosek należy złożyć na pozostawić u wybranego lekarza weterynarii.

Proszę wskazać gabinet weterynaryjny w którym ma się odbyć zabieg:

- Gabinet weterynaryjny Artura Kotarby, Bratoszewskiego 21, Aleksandrów Łódzki
- Przychodnia Zwierzak, Wojska Polskiego 12, Aleksandrów Łódzki

Ja niżej podpisany, jako właściciel zwierzęcia wnoszę o realizację następującej usługi weterynaryjnej:

- ZACZIPOWANIE ZWIERZĘCIA
- BEZPŁATNE SZCZEPIENIE PRZECIWKO WŚCIEKLIŹNIE
- BEZPŁATNE LECZENIE KOTA WOLNOŻYJĄCEGO POD OPIEKĄ KOCIEGO OPIEKUNA
- ZMIANA DANYCH W CZIP / ZMIANA WŁAŚCICIELA
- WYREJESTROWANIE CZIP – ZGON ZWIERZĘCIA

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WNIOSKU DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania95-070

E-mail@.....

Telefon kontaktowy.....

DANE ZWIERZĘCIA

CZIP.....

Gatunek: pies kot kot wolnożyjący

Rasa: mieszana zwierzę rasowe

Imię Wiek (rok i miesiąc urodzenia)

Płeć samiec samica Maść/Kolor sierści

Informuje, że zapoznałem się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Informuję, że wyrażam zgodę na zabieg

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE REALIZACJI USŁUGI WETERYNARYJNEJ

Niniejszym potwierdzam realizację usługi weterynaryjnej wskazanej we wniosku.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Niniejszym potwierdzam, że usługa weterynaryjna została zrealizowana w dniu2022r.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy