Świnoujście, dnia……..………

**Prezydent Miasta Świnoujście**

**WNIOSEK**

**o skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji wolno żyjących kotów**

1. Imię i nazwisko opiekuna społecznego

…………………………………………………………………………………………………...

1. Adres zamieszkania, numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………

1. Ilość wolno żyjących kotów zgłoszonych do zabiegu

…………………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj zabiegu:
2. Zabieg sterylizacji (ilość)…………………………………………………………………
3. Zabieg kastracji (ilość)……………………………………………………………………
4. Miejsce przebywania kotów

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

Zobowiązuję się dostarczyć bądź ułatwić dostarczenie do wskazanego przez Urząd Miasta gabinetu weterynaryjnego celem dokonania zabiegów sterylizacji/kastracji.

……………………………

*(data i podpis wnioskodawcy)*