Załącznik nr 3 do Programu

Ziębice, dnia ……..

WNIOSEK

O SFINANSOWANIE ZABIEGU STERYLIZACJI/KASTRACJI ZWIERZĄT

Imię i nazwisko właściciela lub innej osoby, pod której opieką zwierzęta pozostają	
Adres zamieszkania właściciela lub innej osoby, pod której opieką zwierzęta pozostają	
Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.)	
Gatunek	
Płeć	
Wiek	
Imię	
Waga	

Oświadczam, że jestem właścicielem/osobą, pod której opieką zwierzęta pozostają* i wyrażam zgodę na poddanie ich zabiegowi sterylizacji/kastracji/*.

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 Ziębice zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1). Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych dostępne są w siedzibie Administratora, a także na stronie Biuletynu Informacji Publicznej: http://ziebice.biuletyn.net/?bip=1&cid=1351&bsc=N.

…..... …....

miejscowość, data podpis właściciela zwierzęcia

**niewłaściwe skreślić*