Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 94/2020

Wójta Gminy Radziłów

z dnia 30 grudnia 2020 r

Radziłów, dnia ……………………

**Gabinet weterynaryjny**

**Lek. wet. Katarzyna Jankiewicz**

**ul. Pawełki 7A, 19-230 Szczuczyn**

1. **Skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji zwierzęcia dofinansowany w 50% przez Wójta Gminy Radziłów w ramach Akcji sterylizacji/kastracji psów oraz kotów z terenu Gminy Radziłów na rok 2021.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia | |  |
| Adres zamieszkania | |  |
| Numer telefonu | |  |
| Ilość zwierząt zgłaszanych do zabiegu | |  |
| Rodzaj zabiegu | kastracja |  |
| sterylizacja |  |

Powyższy wniosek akceptuję ……………………………………….

(podpis pracownika Urzędu Gminy)

1. **Oświadczenie lekarza weterynarii:**

Oświadczam, że:

1. Wykonano zabieg sterylizacji/kastracji zwierzęcia, zgodnie ze sztuką lekarską, które po badaniu nie wykazały zewnętrznych objawów choroby .
2. Zapewniono zwierzęciu opiekę pozabiegową.
3. Przekazano zwierzę właścicielowi.
4. Poinstruowano właściciela o zasadach prawidłowej pielęgnacji nad zwierzęciem po zabiegu.

Radziłów, dnia ………………….. …………………………….

(podpis lekarza weterynarii)

1. **Oświadczenie właściciela zwierzęcia:**

*Oświadczam, że odebrałem zwierzę po wykonanym zabiegu kastracji/sterylizacji i nie wnoszę zastrzeżeń co do wykonania zabiegu.*

Radziłów, dnia …………………… ………………………………….

(czytelny podpis właściciela zwierzęcia)

**Wójt Gminy Radziłów**

**Krzysztof Milewski**