Połaniec, dnia …………..

Imię i nazwisko ………………………………..

Adres ………………………………………….

…………………………………………………

Telefon/e-mail …………………………………

**Burmistrz Miasta i Gminy Połaniec**

**ul. Ruszczańska 27**

**28-230 Połaniec**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji\* psa/kota\* w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Połaniec na rok 2019”.**

Zwracam się o dofinansowanie planowanego zabiegu kastracji/sterylizacji zwierzęcia, którego jestem właścicielem.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

1. Pies/kot\* rasy ……………………………
2. Wiek ………………………………..
3. Płeć …………………………………
4. Miejsce przebywania zwierzęcia …………………………..
5. Imię …………………………………

- Oświadczam, że jestem właścicielem zwierzęcia oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie w/w zabiegu.

- W przypadku zabiegu kastracji/sterylizacji zwierzęcia zobowiązuję się do opłacenia lekarzowi weterynarii 50% kosztów ww. zabiegu.

- Zobowiązuję się do opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym.

- W przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych zabiegów leczniczych lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia ich kosztów.

* Wyrażam zgodę\*\*
* Nie wyrażam zgody\*\*
* Na przetwarzanie moich danych osobowych przez Burmistrza Miasta i Gminy Połaniec z siedzibą w Połańcu przy ul. Ruszczańskiej 27, 28-230 Połaniec (Administrator danych), w celu uzyskania dofinansowania do zabiegu sterylizacji/kastracji psa/kota w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Połaniec na rok 2019.

Administrator danych informuje, iż Państwa dane osobowe zostaną przekazane podmiotowi realizującemu zabiegi sterylizacji/kastracji **Gabinet Weterynaryjny ,,ŁATEK’’ lek. wet. Magdalena Malinowska, ul. Kościuszki 39 A1, 28-230 Połaniec.**

* Administrator danych informuje, że Państwa dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.
* Administrator danych informuje, iż mają Państwo prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do przeniesienia danych.
* Administrator danych informuje, iż dane kontaktowe do inspektora danych osobowych są następujące: Pani Karolina Bułkowska, e-mail: iod.r.andrzejewski@szkoleniaprawnicze.com.pl.
* Podanie danych jest wymagane do umożliwienia uzyskania dofinansowania zabiegu sterylizacji/kastracji psa/kota. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości uzyskania dofinansowania.
* Mogą Państwo cofnąć zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
* Mogą Państwo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu psa przeciwko wściekliźnie (w przypadku psów).

……..………………………………

podpis wnioskodawcy

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Właściwe zaznaczyć