

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU KASTRACJI/STERYLIZACJI PSA**

1. Wnioskodawca – właściciel psa.....

2. PESEL.....

3. Adres zamieszkania.....

(miejscowość, numer domu, kod pocztowy)

4. Telefon.....

5. Informacje dotyczące psa:

• Imię		• Płeć	
• Rasa		• Wiek	
• Maść		• Waga	

6. Oświadczam, że:

- Pies wskazany do zabiegu jest moją własnością,
- Pies posiada aktualne szczepienie przeciw wściekliznie,
- Powyższe informacje podałem(am) zgodnie z prawdą.

.....  
(data i czytelny podpis właściciela)**Zatwierdzam zgłoszenie do wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji zwierzęcia**.....  
(data i podpis pracownika UG)**POTWIERDZENIE WYKONANIA ZABIEGU**.....  
(pieczęć przychodni)

Potwierdzam wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji trwałego oznakowania mikroczipem w dniu .....psa/suki, oraz rejestracją w bazie danych Safe-Animal.

Mikroczip .....

.....  
(data, podpis i pieczęć lekarza weterynarii)