

.....
pieczęć Urzędu Gminy Bielsk Podlaski

**WNIOSEK WŁAŚCICIELA/OPIEKUNA ZWIERZĘCIA O WYKONANIE ZABIEGU STERYLIZACJI/
KASTRACJI/ZNAKOWANIA PSA**

..... imię i nazwisko miejsce zamieszkania wnioskodawcy telefon kontaktowy / email Proszę o wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji/znakowania zwierzęcia, którego jestem właścicielem/opiekunem imię data urodzenia pleć rasa maść nr „czipa” waga data ostatniego obowiązkowego szczepienia przeciwko wściekliznie psa (podana zgodnie z dowodem szczepienia):	Oświadczenie: zapoznałem/zapoznałam się z: 1. wykazem czynności obejmujących zabieg wykonywany w siedzibie gabinetu weterynaryjnego, tj.: • wizytę kwalifikującą, w tym badanie kliniczne przed zabiegiem, • wykonanie standardowego zabiegu sterylizacji/kastracji w narkozie infuzyjnej, • wszczepienie „czipa” zwierzęciu wcześniej nieoznakowanemu i rejestracja zwierzęcia w elektronicznej bazie danych zwierząt oznakowanych • zapewnienie zwierzęciu opieki pooperacyjnej do czasu wybudzenia z narkozy w tym podanie środka przeciwbólowego i antybiotyku, • zapewnienie ze strony gabinetu weterynaryjnego podawania leków niezbędnych do końcowego zagojenia się rany (iniekcja, tabletki, maści) - podstawowa antybiotykoterapia i podawanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (opieka nie obejmuje ewentualnych powikłań wynikających z samookaleczenia się zwierzęcia z powodu niedopilnowania przez właściciela, w tym wygryzanie szwów) bądź wystąpienia uczulenia na szwy, • wizytę kontrolną, w tym badanie kliniczne oraz zdjęcie szwów. <u>Uwaga!</u> Gabinet weterynaryjny nie zapewnia bezpłatnego kaftanika pooperacyjnego lub kołnierza dla zwierzęcia.
Wniosek został pozytywnie zweryfikowany przez Referat Rolnictwa i Gospodarki Przestrzennej Bielsku Podlaskim: data i podpis właściwego pracownika Referatu RGP przyjmującego wniosek	

***właściwe podkreślić**

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z 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)(Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L 119, 4 maja 2016).

.....
czytelny podpis właściciela/opiekuna zwierzęcia
obowiązkowo

.....
pieczęć gabinetu weterynaryjnego, w którym dokonano zabiegu

I. PRZED ZABIEGIEM

Planowany termin ZABIEGU STERYLIZACJI /KASTRACJI*/ZNAKOWANIA – w dniu

Bielsk Podlaski, dnia

(podpis lekarza weterynarii)

***właściwe podkreślić**

Oświadczam, że:

- zwierzę zostanie poddane min. 12-godzinnej głodówce przed zabiegiem,
- zostałem poinformowany o ryzyku związanym ze znieczuleniem ogólnym i ww. zabiegiem,
- zastosuję się do otrzymanych zaleceń pooperacyjnych.

Bielsk Podlaski, dnia

(czytelny podpis właściciela/opiekuna zwierzęcia
obowiązkowo)

II. PO ZABIEGU

Wykonane zabiegi (rodzaj, data, nr „czipa”, koszt wg. umowy – 100%, w tym: koszt Gminy – 50%, koszt Fundacji – 50%), uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis lekarza weterynarii)