**Załącznik Nr 2**

 **do zarządzenia Nr 24/23**

 **Burmistrza Szczuczyna z dnia 22 czerwca 2023 r.**

 Szczuczyn, dnia ………………….

 **Przychodnia weterynaryjna**

 **Lek. wet. Waldemar Wszeborowski**

**ul. Łąkowa 1, 19-230 Szczuczyn**

1. **Skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji psów/kotów dofinansowany w 50% przez Burmistrza Szczuczyna w ramach Akcji sterylizacji/kastracji psów z terenu Gminy Szczuczyn na rok 2023.**

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

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

 (podpis pracownika Urzędu Miejskiego)

1. **Oświadczenie lekarza weterynarii:**

Oświadczam, że:

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

Szczuczyn, dnia ………………….. …………………………….

 (podpis lekarza weterynarii)

1. **Oświadczenie właściciela zwierzęcia:**

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

Szczuczyn, dnia …………………… …….…………………………...….

 **(czytelny podpis właściciela zwierzęcia)**