

Załącznik nr 1

*do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi
oraz zapobiegania bezdomności zwierząt
na terenie gminy Cisna na rok 2026*

....., dnia

Tel. kontaktowy:

.....

Wójt Gminy Cisna

38-607 Cisna 49

Wniosek

Ja niżej podpisany/a zamieszkały/a
w

wnioskuję o wykonanie zabiegu sterylizacji / kastracji * zwierzęcia: kot / pies, ♂ / ♀ *
dofinansowanego ze środków Gminy Cisna.

Oświadczam, że:

- jestem właścicielem / opiekunem* zwierzęcia / zwierząt* i zobowiązuję się do zapewnienia mu / im* dalszej opieki po wykonaniu zabiegu,
- wniosek dotyczy zwierzęcia wolno żyjącego / zwierząt wolno żyjących*. Zobowiązuję się do zapewnienia mu / im* dalszej opieki po wykonaniu zabiegu.

.....

podpis właściciela / opiekuna *

*niepotrzebne skreślić