

Suchy Las,

Wójt Gminy Suchy Las

ul. Szkolna 13
62-002 Suchy Las

WNIOSEK
o udzielenie zwrotu 50% kosztów zabiegu sterylizacji /kastracji psa lub kota

.....
Imię, nazwisko właściciela zwierzęcia

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL

Zabieg*:

- a) Sterylizacji
- b) Kastracji

Zwierzę*:

- a) Pies
- b) Kot

Ilość zwierząt, które zostaną poddane zabiegowi*:

- a) 1
- b) 2

Nr wszczepionego mikroczipca:

(w przypadku psa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr rachunku bankowego, na który ma zostać przelany zwrot kosztów zabiegu:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

** Zaznaczyć właściwe.*

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Sprawę prowadzi: Referat Ochrony Środowiska, Anna Staniszewska, pok. 7, tel. 61 89 26 543

Urząd Gminy Suchy Las adres: ul. Szkolna 13, 62-002 Suchy Las

Tel.: +48 61 89 26 250, Fax.: +48 61 81 25212, e-mail: ug@suchylas.pl, www.suchylas.pl

NIP: 7773145371