

**GMINY REWAL**  
**REFERAT PLANOWANIA PRZESTRZENNEGO, URBANISTYKI I OCHRONY ŚRODOWISKA**

ul. Mickiewicza 19, 72-344 Rewal  
NIP 857-10-02-427, REGON 000544237  
Tel. 91 38 49 017, fax. 91 38 49 029



Rewal, dnia .....

**WNIOSEK O SKIEROWANIE KOTA WOLNOŻYJĄCEGO NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI**

**Imię i nazwisko osoby zgłaszającej** (opiekuna społecznego) : .....

.....

**Adres:** .....

**Telefon**..... **fax**.....

1. **Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu** ..... **szt.**

2. **Rodzaj zabiegu :**

➤ **sterylizacja** ..... **szt.**

➤ **kastracja** ..... **szt.**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że koty zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji są kotami dziko żyjącymi a także, że podejmę się opieki nad nimi w okresie rekonwalescencji po zabiegu.

Wyrażam zgodę na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.), na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Urzędu Gminy w Rewalu, w zakresie jw. W celu realizacji usługi bezpłatnej sterylizacji i kastracji kotów dziko żyjących.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie w niniejszym wniosku nieprawdy zgodnie z art. 233 KK, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych, zamieszczonych powyżej.**

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)