Zał. nr 2

**Karta informacyjna**

**dot. przeprowadzonej interwencji lub leczenie zwierzęcia**

miejsce podjęcia…………………………………………………………….…….

w dniu ………………………….…………

Zgłoszenia dokonała\*:

1.Straż Miejska

2. Policja

3.osoba prywatna ……………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, adres zam.)

4. inne …………………………………………………………………..……………..

**\*odpowiednie zaznaczyć**

**Informacje o zwierzęciu**

|  |  |
| --- | --- |
| Gatunek |  |
| Rasa |  |
| Płeć |  |
| **Uwagi** (w tym: orientacyjny wiek, masa, stan zdrowia) |  |

**WAŻNE** W przypadku wykonania iniekcji transpondera podać nr ………………………………………………

**Wykonane czynności i sposób wyliczenia kosztów:**

………………………………………….

…………………………………………..

………………………………………….

…………………………………………..

…………………………………………..

………………………………………….

…………………….

Podpis lekarza

Zał. nr 3

…………………………………….

pieczątka Wykonawcy

**LISTA PSÓW ZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO WŚCIEKLIŹNIE**

**W MIESIĄCU ………………………………………………..**

Nazwa szczepionki………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko właściciela*** | ***Adres*** | ***Imię psa*** | ***Rasa*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………….

Podpis weterynarza

**Zał. nr 4**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BAZY DANYCH SAFE ANIMAL**

**Dane właściciela zwierzęcia:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………...

Adres …Kostrzyn nad Odrą............………………………………………………………….

Tel. ……………………………………………………………..…………………………….

**Dane dotyczące psa:**

Imię …………………………………………………………………………………………

Rasa …………………………………………………………………………………………

Płeć …………………………………………………………………………………………

Maść ………………………………………………………………………………………..

Wiek …………………………………………………………………………………………

Data zabiegu iniekcji ………………………………………………………………………

Numer mikroprocesora …………………………………………………………………….

Klinika dokonująca zabiegu ……………………………………………………………….

………………………………………..

Podpis lekarza weterynarii

Na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych

(Dz.U. Nr 10 z 2002r. poz.926 tekst jedn. z późn. zm.) informuję, że Pana/Pani

dane osobowe będą przetwarzane przez firmę GEULINCX POLAND z siedzibą

w 62-030 Luboń, ul.Kalinowa 1, w celu prowadzenia bazy danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu prowadzenia bazy danych.

…………………………………………………

Podpis właściciela

Zał. nr 5

**Karta pobytu psa w kojcu**

**Informacje o zwierzęciu**

|  |  |
| --- | --- |
| Rasa |  |
| Płeć |  |
| **Uwagi** |  |

Nr chipa……………………………………………………..

Data przejęcia psa ……………………………………….

Data przekazania psa do schroniska lub adopcji lub oddania właścicielowi \*

………………………

Ilość dni opieki nad psem …………………………..

Dane właściciela lub nowego opiekuna \*

Imię i nazwisko……………………………….

Adres …………………………………

…………………….

Podpis lekarza

**WAŻNE** w przypadku oddania psa do Schroniska, należy przekazać także książeczkę zdrowia zwierzęcia z podaniem nr chipa.

\*niepotrzebne skreślić

**zał. nr 8**

**Wniosek Nr**………………

**o pokrycie kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji kota wolno żyjącego**

…………………………………………………………………………………………………..……………

**Imię i nazwisko**

**Adres zam.: Kostrzyn nad Odrą, ul**.…………………………………………………………………….…………………………………

**Miejsce przebywania zwierząt** …………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu** ……….

**Rodzaj zabiegu: sterylizacja** …..…. (szt.) **kastracja** …….…..(szt.)

***Oświadczenie***

1.**Oświadczam, że** kot/koty zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji **są kotami wolno żyjącymi,** a miejscem przebywania jest adres wskazany we wniosku.

2.**Oświadczam, iż** po wykonaniu zabiegu **zaopiekuję się** kotem/kotami do czasu ich wyleczenia.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji usługi bezpłatnej sterylizacji i kastracji kotów wolno żyjących, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj.** **Dz. U. 2014 r. poz. 1182)**

Kostrzyn nad Odrą, dnia………………………… ……………………………………

podpis osoby zgłaszającej kota/y do zabiegu

**Wyrażam zgodę**………………………………….

Podpis Burmistrza

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

Urząd Miasta

Wydział Gospodarki

Komunalnej i Lokalowej

Ul.Graniczna 2

66-470 Kostrzyn nad Odrą

**Skierowanie nr…………………..**

**z dnia……………………………..**

**na zabieg sterylizacji/kastracji kota wolno żyjącego**

……………………………………………………………………………………………..

**imię i nazwisko osoby zgłaszającej**

**Adres zam.: Kostrzyn nad Odrą, ul.**………………….………………………………….

**Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu** ……….(szt.)

**Rodzaj zabiegu: sterylizacja**…….  **kastracja** …….…..

…………………………………

podpis przedstawiciela Urzędu

**zał. nr 9**

**Umowa adopcyjna psa/kota**

**zawarta w dniu………………………….**

**pomiędzy:**

………………………………………………………..

dane dotychczasowego opiekuna(pieczątka)

**a osobą adopcyjną\***

Imię i nazwisko………………………………….….

Adres zamieszkania…………………………………

Nr dowodu osobistego……………………………....

Nr telefonu kontaktowego……………………………

**Dane dotyczące adoptowanego psa/kota:**

· Imię………………………………………..

· Nr chipa………………………………….

· Płeć………………………………………

· Rasa………………………………………

· Wiek……………………………………..

· Umaszczenie……………………………..

· Znaki szczególne…………………………..

· Wykonany zabieg sterylizacji/kastracji……

**\*OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na podstawie art.23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182), na przetwarzanie moich danych osobowych w celu adopcji psa.

…………………………………………………

Podpis właściciela