

.....
miejsowość i data

URZĄD MIASTA MILANÓWKA

ul. Kościuszki 45, 05-822 Milanówek

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZABIEGU KASTRACJI LUB STERYLIZACJI ZWIERZĄT DOMOWYCH
(PSÓW I KOTÓW) W RAMACH PROGRAMU OPIEKI NAD ZWIERZĘTAMI BEZDOMNYMI
ORAZ ZAPOBIEGANIA BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT NA TERENIE MIASTA MILANÓWKA**

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Numer dowodu osobistego:

.....

Dane zwierzęcia, u którego ma być wykonany zabieg kastracji / sterylizacji:

Pies samiec

Pies samica

Kot samiec

Kot samica

Wiek zwierzęcia:

.....

Numer mikroczipa (jeśli posiada)

.....

**Informacje o zwierzęciu (wskazanie w jaki sposób zwierzę znalazło się pod Pana/Pani opieką,
czy Wnioskodawca jest właścicielem zwierzęcia):**

.....

.....

.....

.....

.....

W bieżącym roku ubiegałem się o dofinansowanie zabiegu kastracji lub sterylizacji psa lub kota:

- tak
- nie

Czytelny podpis Wnioskodawcy:

.....