*Załącznik nr 1*

*do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi*

*oraz zapobiegania bezdomności zwierząt*

*na terenie gminy Cisna na rok 2025*

 , 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