Załącznik Nr 3 do “*Programu opieki nad bezdomnymi zwierzętami oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Cedry Wielkie”*”

 Cedry Wielkie, dnia.............................

 Lecznica Weterynaryjna

 ...............................................

 ...............................................

 ***S k i e r o w a n i e***

 ***na zabieg sterylizacji – kastracji – uśpienia ślepego miotu***

w ramach “*Programu opieki nad bezdomnymi zwierzętami oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Cedry Wielkie”*

Niniejszym kieruję bezdomne zwierzę zgłoszone przez: …..................................................

...................................................................................................................................................

na zabieg sterylizacji- kastracji - uśpienie ślepego miotu\*

Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu: ................................szt.

Rodzaj zabiegu: sterylizacja\*: ............................... szt.

kastracja\*: ............................... szt.

uśpienie ślepego miotu\*: ............................... szt.

Zwierzęta na zabieg doprowadzone zostaną przez: ….................................................................

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

Po wykonaniu zabiegu i okresie rekonwalescencji zwierzęta zostaną odebrane

przez: ……………………………………………………………………………………………

***Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji\* lub***

***uśpienia ślepego miotu\* zwierzęta są bezdomne.***

 ***…………………………………***

 */podpis/*

Cedry Wielkie, dnia .................................. …………………………………………..

 / podpis osoby zgłaszającej zwierzęta do zabiegu /

\*niepotrzebne skreślić