

.....
pieczęć Urzędu Gminy Żyrzyn

WNIOSEK WŁAŚCICIELA O WYKONANIE ZABIEGU STERYLIZACJI* PSA/KOTA* W 2024 ROKU, W RAMACH PROGRAMU „STERYLIZACJA ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH”

CZĘŚĆ A (obszar zacieniony wypełnia Wnioskodawca)

<p>..... imię i nazwisko wnioskodawcy</p> <p>..... miejsce zamieszkania wnioskodawcy</p> <p>..... nr PESEL</p> <p>..... telefon kontaktowy / email</p> <p>Proszę o wykonanie zabiegu sterylizacji psa/kota*, którego <u>jestem właścicielem</u>:</p> <p>imię</p> <p>data urodzenia płęć</p> <p>rasa maść</p> <p>nr chipa</p> <p><u>Dotyczy tylko psa:</u></p> <p>– waga</p> <p>– data ostatniego obowiązkowego szczepienia przeciwko wścieklicznie (wymagane okazanie dowodu szczepienia):</p>	<p>1. Gmina pokrywa koszty wyłącznie sterylizacji standardowej I uwzględnia sterylizację aborcyjną,</p> <p>2. Gmina Żyrzyn finansuje 100% kosztów zabiegu sterylizacji zwierząt. Przy czym koszt zabiegu obejmuje:</p> <p>a. premedykację oraz procedurę znieczulenia ogólnego,</p> <p>b. wykonanie standardowego zabiegu sterylizacji w narkozie a w razie potrzeby sterylizacji aborcyjnej</p> <p>c. zapewnienie psu/kotu opieki pooperacyjnej do czasu wybudzenia psa/kota z narkozy, w tym podanie środka przeciwbólowego i antybiotyku</p> <p>d. wizytę kontrolną, w siedzibie zakładu leczniczego dla zwierząt, obejmującą badanie kliniczne oraz zdjęcie szwów.</p> <p>3. Gmina nie będzie finansować:</p> <p>a. zabiegów przygotowujących zwierzę do zabiegu sterylizacji:</p> <p><input type="checkbox"/> badania biochemicznego i innych badań dodatkowych oraz gdy lekarz weterynarii stwierdzi konieczność wykonania takiego badania ze względu na stan zdrowia zwierzęcia,</p> <p><input type="checkbox"/> odrobaczenia, szczepienia czy też odpchlenia,</p> <p>b. kontynuacji leczenia lekami przeciwzapalnymi, przeciwbólowymi po zdjęciu szwów,</p> <p>c. opieki stacjonarnej po wykonanym zabiegu ani dodatkowego leczenia w razie nieprzewidzianych powikłań wynikających z samooczekowania się zwierzęcia z powodu niedopilnowania przez właściciela (wygryzanie szwów) bądź wystąpienia uczulenia na szwy,</p> <p>d. utylizacji zwłok w przypadku nieprzewidzianych zdarzeń losowych podczas zabiegu bądź w trakcie rekonwalescencji,</p> <p>e. zapewnienia przez gabinet weterynaryjny kaftanika pooperacyjnego lub kołnierza dla zwierzęcia,</p> <p>f. wszczepienie transpondera („chipa”) zwierzęciu wcześniej nieoznakowanemu.</p>
<p>Wniosek został pozytywnie/negatywnie* zweryfikowany przez Referat Inwestycji, Gospodarki I Ochrony Środowiska w Żyrzynie</p> <p>..... data i podpis pracownika weryfikującego wniosek</p> <p>Uwagi: weryfikacja pozytywna lub powód odmowy wydania zgody na zabiegi sterylizacji :</p> <p>..... data i podpis pracownika weryfikującego wniosek</p>	

*niepotrzebne skreślić

.....
Data i czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika Programu)

Realizując obowiązek informacyjny, określony w art. 13 rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Żyrzyn, Gmina Żyrzyn, ul. Powstania Styczniowego 10, 24-103 Żyrzyn;
- 2) z Administratorem można się skontaktować za pośrednictwem Inspektora Ochrony Danych Osobowych pod adresem:, Gmina Żyrzyn, ul. Powstania Styczniowego 10, 24-103 Żyrzyn ,
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji programu „STERYLIZACJA ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH”
- 4) odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej w zakresie i celach, które wynikają z przepisów prawa jak również inne podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umów zawartych z Gminą Żyrzyn
- 5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do prowadzenia czynności związanych z realizacją programu lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody, a następnie archiwizowane zgodnie z kategorią archiwalną jednolitego rzeczowego wykazu akt. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- 6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
- 7) Organem nadzorczym nad administratorem danych osobowych jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, do którego przysługuje prawo wniesienia skargi za każdym razem, gdy w Państwa ocenie dane będą przetwarzane w sposób nieprawidłowy;
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości świadczenia usług w ramach w/w programu
- 9) Państwa dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji programu „STERYLIZACJA ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH”

.....
data i czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika Programu)

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami programu sterylizacji psów i kotów posiadających właściciela w roku 2023/4.
2. Oświadczam, że jestem właścicielem wskazanego w zgłoszeniu zwierzęcia i zobowiązuję się do opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu oraz ponoszenia ewentualnych kosztów z tym związanych. Ponadto posiadam książeczkę zdrowia zwierzęcia.
3. Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym

.....
miejscość, data

.....
czytelny podpis właściciela zwierzęcia

CZĘŚĆ B wypełnia gabinet weterynaryjny (obszar zacieniony wypełnia Wnioskodawca)

Oświadczam, że:

- zwierzę zostanie/zostało poddane min. 12-godzinnej głodówce przed zabiegiem,
- zostałem poinformowany o ryzyku związanym ze znieczuleniem ogólnym i ww. zabiegiem,
- od ostatniego szczepienia upłynęły co najmniej 2 tygodnie,
- suki i kotki nie są w trakcie rui/cieczki,
- zastosuję się do otrzymanych zaleceń pooperacyjnych.

Żyrzyn, dnia

.....
czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika Programu) obowiązkowo

Uwagi: Wykonane zabiegi (rodzaj, data, nr czipa, koszt wg. umowy, powód odmowy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wykonano/nie wykonano* zabieg sterylizacji psa/kota*:

.....
data i podpis lekarza weterynarii

* niepotrzebne skreślić

