

ZLECENIE WYKONANIA ZABIEGU NR[illegible]

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

.....

.....

Łódź, dnia: - - 2018 r.

Pieczątka zakładu weterynaryjnego

WNIOSEK O STERYLIZACJĘ LUB KASTRACJĘ KOTA WOLNO ŻYJĄCEGO NR

● ● ● ● ● ●

I. Dane opiekuna kota:

Imię i Nazwisko:

[illegible]

Telefon kontaktowy

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

Podstawa zlecenia

Podstawa zlecenia	
Nr identyfikatora	Nr zlecenia

Płeć kota zgłoszonego do zabiegu*

kocur		kotka	
-------	--	-------	--

* zaznaczyć znakiem X

Oświadczenie Opiekuna*:

- 1) Kot o którym mowa w zleceniu jest zwierzęciem wolno żyjącymi z terenu miasta Łodzi.
- 2) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z poświadczania nieprawdy.

*Obowiązek wypełnienia nie dotyczy opiekuna przekazującego zwierzę na podstawie zlecenia wydanego przez WOŚiR.

Podpis opiekuna

Data wykonania zabiegu:

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

Podpis lekarza wykonującego zabieg

Potwierdzam odebranie kota po zabiegu w dobrym stanie zdrowia, zdolnego do życia na wolności.

Data odbioru kota

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

Podpis opiekuna

WNIOSEK O OZNAKOWANIE PSA/KOTA NR ...

Imię i Nazwisko:

[illegible]

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

Imię:

Rasa:

Maść:

Wiek:

Płeć:

♀		♂	
---	--	---	--

Numer czipa:

wlepka
lub nr:

Znaki szczególne:

--

Tatuaż:

- 1) Jestem mieszkańcem miasta Łodzi.
- 2) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z poświadczania nieprawdy.

Łódź, dnia

Podpis właściciela zwierzęcia
(imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę w związku z art. 7 pkt 5 w odniesieniu do art.24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz.922) na przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Łodzi z siedzibą w: Łódź, ul. Piotrkowska 104, w celach związanych z realizacją Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt, moich danych osobowych ujawniających imię, nazwisko, adres zamieszkania, oraz nr telefonu. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne oraz, że mam prawo kontroli przetwarzania danych, prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Potwierdzam otrzymanie informacji, że:

1. Administratorem danych jest Prezydent Miasta Łodzi 90-926 Łódź, ul. Piotrkowska 104.
2. Administrator danych przewiduje powierzenie przetwarzanych danych Geulinecx Poland Sp. z o.o. ul. Żubrów 6, 71-616 Szczecin, w celu umieszczenia ich w bazie danych „SAFE-ANIMAL” (www.safe-animal.eu).
3. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawianie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.

Łódź, dnia

Podpis właściciela zwierzęcia
(imię i nazwisko)

Łódź, dnia: - - 2018 r.

Pieczątka zakładu weterynaryjnego

WNIOSEK O UŚPIENIE ŚLEPEGO MIOTU NR

Dane osoby dostarczającej zwierzęta do uśpienia:

Imię i Nazwisko:

[illegible]

Telefon kontaktowy:

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

Wyrażam zgodę w związku z art. 7 pkt 5 w odniesieniu do art.24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz.922) na przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Łodzi z siedzibą w: Łódź, ul. Piotrkowska 104, w celach związanych z realizacją Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt, moich danych osobowych ujawniających imię, nazwisko, adres zamieszkania, oraz nr telefonu. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne oraz, że mam prawo kontroli przetwarzania danych, prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Podpis osoby dostarczającej zwierzęta
(imię i nazwisko)

Zabieg został wykonany w dniu
(Podpis lekarza weterynarii)

(Podpis lekarza weterynarii)

**WNIOSEK O 100% DOFINANSOWANIE STERYLIZACJI LUB KASTRACJI PSA
LUB KOTA POSIADAJACEGO WŁAŚCICIELA NR**

Imię i Nazwisko:

[illegible][illegible]

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

Gatunek:

PIES		KOT	
-------------	--	------------	--

--

--	--

♀		♂	
---	--	---	--

[illegible]

- 1) Zwierzę na stałe przebywa na terenie miasta Łodzi.
- 2) Nie ma żadnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji.
- 3) Zobowiązuje się do zapewnienia szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.
- 4) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z poświadczania nieprawdy.
- *5) Zwierzę posiada aktualne szczepienie przeciwko wściekliznie (dot. psów)

Łódź, dnia

Podpis właściciela zwierzęcia
(imie i nazwisko)

Wyrażam zgodę w związku z art. 7 pkt 5 w odniesieniu do art.24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz.922) na przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Łodzi z siedzibą w: Łódź, ul. Piotrkowska 104, w celach związanych z realizacją Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt, moich danych osobowych ujawniających imię, nazwisko, adres zamieszkania, oraz nr telefonu. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne oraz, że mam prawo kontroli przetwarzania danych, prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Łódź, dnia

Podpis właściciela zwierzęcia
(imie i nazwisko)

Potwierdzam wykonanie zabiegu

Data i podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg

Data i podpis właściciela zwierzęcia
(imie i nazwisko)

Potwierdzam zdjęcie szwów. Zwierzę jest w dobrym stanie zdrowia.

.....
Data i podpis lekarza weterynarii wykonującego zabieg

Data i podpis właściciela zwierzęcia
(imie i nazwisko)

**ZLECENIE WYKONANIA ZABIEGU – LECZENIE KOTA
WOLNO ŻYJĄCEGO NR**

[illegible]

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

.....

Łódź, dnia: - - 2018 r.

Pieczątką zakładu weterynaryjnego

WNIOSEK O LECZENIE KOTA WOLNO ŻYJĄCEGO NR

I. Dane opiekuna kota:

Imię i Nazwisko:

[illegible]

Telefon kontaktowy

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

Podstawa zlecenia	
Nr identyfikatora	Nr zlecenia
.....

Wariant leczenia:

Leczenie kocięgo kataru	
Leczenie uszkodzeń mechanicznych	
Eutanazja kota wolno żyjącego	

* zaznaczyć znakiem X

Oświadczenie opiekuna:

- 1) Kot o którym mowa w zleceniu jest zwierzęciem wolno żyjącymi z terenu miasta Łodzi.
- 2) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z poświadczania nieprawdy.

*Obowiązek wypełnienia nie dotyczy Opiekuna przekazującego zwierzę na podstawie Zlecenia wydanego przez WOŚiR.

.....
Podpis opiekuna

Data wizyty:

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

.....
Podpis lekarza wykonujacego zabieg

Potwierdzam realizację usługi:

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

.....
Podpis opiekuna

Pieczęć zakładu weterynaryjnego

SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ZABIEGÓW WETERYNARYJNYCH ZA MIESIĄC:

L.p.	Rodzaj wykonanej usługi	Ilość wykonanych zabiegów	Cena jednostkowa brutto [zł]	Wartość brutto [zł]
1	Kastracja kota wolno żyjącego			
2	Sterylizacja kotki wolno żyjącej			
3	Znakowanie – zaczipowanie psa lub kota właścicielskiego			
4	Uśpienie ślepego miotu			
5	Kastracja psa właścicielskiego do 30 kg (włącznie)			
6	Kastracja psa właścicielskiego powyżej 30 kg			
7	Sterylizacja suki właścicielskiej do 10 kg (włącznie)			
8	Sterylizacja suki właścicielskiej między 10 kg a 30 kg			
9	Sterylizacja suki właścicielskiej powyżej 30 kg			
10	Sterylizacja kotki właścicielskiej			
11	Kastracja kota właścicielskiego			
12	Leczenie kocięgo kataru			
13	Leczenie uszkodzeń mechanicznych			
14	Eutanazja kota wolno żyjącego			
Łącznie [zł]:				

