***Załącznik Nr 4*** *do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Kolno na 2020 rok, określonego w drodze Uchwały Nr Rady Gminy*

*Kolno z dnia r.*

**Znak sprawy:**

**Imię i Nazwisko oraz adres zgłaszającego**

**SKIEROWANIE NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI” ZWIERZĄT LUB  
UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW”**

w*ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania  
 bezdomności zwierząt na terenie Gminy Kolno na 2020 rok”*

Niniejszym kieruję zgłoszone przez:

(zwierzę: pies/kot)

…………………………………. . na zabieg **sterylizacji/kastracji lub uśpienia ślepych miotów**

(imię i nazwisko zgłaszającego)

Zgłoszone do zabiegu **zwierzęca jest (są) bezdomne.** Na zabieg zostaną doprowadzone oraz po wykonaniu zabiegu odebrane przez:

(imię i nazwisko zgłaszającego)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.) |  | | |
| Rodzaj zabiegu: | Sterylizacja (szt.) | Kastracja (szt.) | Uśpienie ślepego miotu (szt.) |
|  |  |  |
| Informacje dodatkowe: |  | | |

Skierowanie ważne jest do dnia

…………………………………………..

podpis

Zgłaszający zobowiązuje się doprowadzenia zwierząt do wybrania miejsca wykonania zabiegu, doprowadzenia zwierząt do zakładu leczniczego dla zwierząt, w którym dokonany zostanie zabieg oraz odebrania zwierząt po zabiegu.

*Adnotacja lekarza weterynarii:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wykonania zabiegu, pieczątka i podpis lekarza weterynarii. | Rodzaj wykonanego zabiegu wraz *z* opisem | Koszty zabiegu (ził) |
|  |  |  |

**UWAGA! Pod pojęciem „koszty zabiegu” rozumie się wyłącznie koszty wykonania zabiegu. Koszty związane *z* rekonwalescencją zwierzęcia np. zabezpieczenie rany poprzez zakup kołnierza lub fartucha; zdjęcie szwów; w przypadku wystąpienia komplikacji zakup ewentualnych leków, ponosi zgłaszający.**