

Urząd Miejski w Nowogardzie
Wydział Gospodarki
Komunalnej, Mieszkaniowej
i Ochrony Środowiska
Plac Wolności 5
72-200 Nowogard

Nowogard, dniar.

**WNIOSEK NR O SKIEROWANIE NA ZABIEG
STERYLIZACJI/KASTRACJI/UŚPIENIE ŚLEPEGO MIOTU KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

Imię i nazwisko społecznego opiekuna kotów lub nazwa organizacji zgłaszającej	
Adres zamieszkania lub siedziby, numer telefonu	
Ilość kotów zgłoszonych do zabiegu (szt.)	
Rodzaj zabiegu: 1) sterylizacja (szt.) 2) kastracja (szt.) 3) uśpienie ślepego miotu (szt.)	1) 2) 3)
Miejsce przebywania zwierząt	
Wyżej wskazane zwierzęta są: moją własnością / wolno żyjące*	
* w przypadku kotów posiadających właściciela proszę o wpisanie nr czip	

UWAGA – wniosek wypełnić drukowanymi literami.

.....
podpis wnioskodawcy