

OŚWIADCZENIE  
DOTYCZĄCE WYKONANIA ZABIEGU WETERYNARYJNEGO W RAMACH PROGRAMU OPIEKI NAD  
BEZDOMNYMI ZWIERZĘTAMI ORAZ ZAPOBIEGANIU BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT NA TERENIE  
GMINY RASZYN

1. Imię i nazwisko właściciela (opiekuna) zwierzęcia: .....
2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia: .....
3. Numer kontaktowy (informacja dodatkowa nieobligatoryjna): .....
4. Dodatkowe informacje o zwierzęciu:
  - a. **Rodzaj zwierzęcia:** pies / kot: .....
  - b. **Maść:** (np. czarna, biała, ruda, łaciata itp.): .....
  - c. **Imię:** (np. Burek, Luna): .....
  - d. **Płeć:** samiec / samica: .....
  - e. **Miejsce przebywania zwierzęcia:** (np. dom, mieszkanie, podwórko): .....

Załącznik:

Kserokopia aktualnego dowodu szczepienia przeciwko wściekliźnie (dotyczy psów).

Raszyn, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko opiekuna psa)