

Załącznik nr 2 do „Regulaminu wykonania zabiegów kastracji wolno żyjących kotów oraz ich trwałego znakowania oraz kastracji i sterylizacji psów i kotów będących pod opieką mieszkańców Gminy Somonino na 2026 rok”

Somonino, dnia

SKIEROWANIE Nr

**NA ZABIEG KASTRACJI I ZNAKOWANIA KOTÓW WOLNOŻYJĄCYCH*/ KASTRACJI PSÓW I KOTÓW
BĘDĄCYCH POD OPIEKĄ MIESZKAŃCÓW**

W ramach programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Somonino przyjętego na podstawie Uchwały nr XXIV/186/2025 Rady Gminy Somonino z dnia 25 marca 2026 r. w sprawie programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Somonino na 2026 rok.

Niniejszym kieruję wolno żyjące(go)/właścicielskiego* koty(a)/psa*

zgłoszone(go)przez:

.....
.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

na zabieg kastracji i znakowania*,

który zostanie wykonany w

(nazwa i adres gabinetu weterynaryjnego/lekarza weterynarii)

Liczba kotek/kotów zgłoszonych do zabiegu/psów (samiec/suka) *:.....

Miejsce przebywania (pochodzenia) kota(ów)/psa(ów)*:

Zwierzę(ta)na zabieg doprowadzone zostaną przez:

.....
.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

Po wykonaniu zabiegu kastracji i znakowania*zwierzę(ta) zostanie(ą) odebrane (w terminie określonym przez lekarza weterynarii wykonującego zabieg, nie później jednak niż do 3 dni od wykonania zabiegu, chyba że inaczej zdecyduje lekarz weterynarii) przez:

.....
.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

Niniejsze skierowanie ważne jest do dnia:.....

.....

(podpis osoby upoważnionej)

Potwierdzenie wykonania zabiegu (dot. zwierząt wskazanych w ww. skierowaniu):

1) potwierdzam wykonanie zabiegu kastracji i znakowania* w dniu:, w liczbie: szt. kotów/kotek/psów (suki/samca)*;

2) nie dopuszczono/odmówiono wykonania zabiegu kastracji* w dniu, z powodu

(wieku, stanu zdrowia, z innej przyczyny)

.....

(podpis i pieczęć lekarza weterynarii)

* niepotrzebne skreślić