

.....
pieczęć zakładu leczniczego
w którym dokonano zabiegu

**WNIOSEK WŁAŚCICIELA O WYKONANIE ZABIEGU STERYLIZACJI/KASTRACJI PSA/KOTA
NA KOSZT M.ST. WARSZAWY W 2019 ROKU**

<p>Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:</p> <p>Adres zamieszkania: ul.-..... <i>Warszawa</i></p> <p>Numer Karty Warszawianka/ Karty Młodego Warszawianka:</p> <p>Telefony kontaktowe:</p> <p>Proszę o wykonanie zabiegu: (zaznaczyć x): <input type="checkbox"/> sterylizacji <input type="checkbox"/> psa <input type="checkbox"/> kastracji <input type="checkbox"/> kota</p> <p>Dane dotyczące zwierzęcia: imię</p> <p>data urodzenia lub wiek pleć</p> <p>nr czipa</p> <p>rasa</p> <p><u>Dotyczy tylko psa:</u> - waga psa</p> <p>- data ostatniego obowiązkowego szczepienia przeciwko wściekliznie (podana zgodnie z dowodem szczepienia): </p>	<p>Wykaz czynności obejmujących zabieg wykonywany w siedzibie zakładu leczniczego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wizyta kwalifikująca, w tym badanie kliniczne przed zabiegiem, • wykonanie standardowego zabiegu sterylizacji/kastracji w narkozie infuzyjnej, • zapewnienie psu/kotu opieki pooperacyjnej do czasu wybudzenia z narkozy w tym podanie środka przeciwbólowego i antybiotyku po zabiegu, • wizyta kontrolna, w tym badanie kliniczne oraz zdjęcie szwów.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Oświadczam, że:

- zwierzę zostało poddane min. 12-godzinnej głodówce przed zabiegiem,
- zostałem poinformowany o ryzyku związanym ze znieczuleniem ogólnym i ww. zabiegiem,
- zastosuję się do otrzymanych zaleceń pooperacyjnych,

Warszawa, dnia

.....
czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika programu)
obowiązkowo

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru telefonu, numeru „Kart Warszawianka” lub numeru „Karty Młodego Warszawianka” przez Prezydenta m.st. Warszawy w celu realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie m.st. Warszawy. Dodatkowo wyrażam zgodę na weryfikację moich danych poprzez okazanie dowodu tożsamości, Karty Warszawianka/Karty Młodego Warszawianka oraz dokumentu potwierdzającego prawo do psa/kota (np. książeczka zdrowia, paszport psa/kota).

.....
czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika programu)
obowiązkowo