

**WNIOSEK WŁAŚCICIELA/ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ/INNEGO PODMIOTU O WYKONANIE ZABIEGU  
ELEKTRONICZNEGO OZNAKOWANIA PSA/KOTA NA KOSZT M.ST. WARSZAWY W 2019 ROKU**

| dotyczy zaszczepienia psa   | dotyczy zaszczepienia kota   |
|---|--|
| .....<br>imię i nazwisko/nazwa organizacji pozarządowej/innego podmiotu<br><b>adres zamieszkania</b>  | .....<br>imię i nazwisko/nazwa organizacji pozarządowej/innego podmiotu<br><b>adres zamieszkania</b>   |
| ul.....<br><br>.....-..... <i>Warszawa</i><br>(adres zamieszkania wnioskodawcy/adres siedziby organizacji<br>pozarządowej/innego podmiotu )   | ul.....<br><br>.....-..... <i>Warszawa</i><br>(adres zamieszkania wnioskodawcy/adres siedziby organizacji<br>pozarządowej/innego podmiotu )                    |
| <b>telefony kontaktowe</b> .....  | <b>telefony kontaktowe</b> .....   |
| .....<br><b>proszę o wykonanie zabiegu elektronicznego oznakowania<br/>psa, którego jestem właścicielem/opiekunem(dotyczy<br/>organizacji pozarządowych)*</b>   | .....<br><b>proszę o wykonanie zabiegu elektronicznego oznakowania kota,<br/>którego jestem właścicielem/opiekunem(dotyczy organizacji<br/>pozarządowych)*</b> |
| <b>imię psa</b> .....   | <b>imię kota</b> .....   |
| <b>nr czipa</b> .....   | <b>nr czipa</b> .....  |
| <b>rasa psa</b> .....   | <b>rasa kota</b> .....   |
| <b>waga psa</b> ..... <b>pleć*</b> <b>pies</b> <b>suka</b>  | <b>waga kota</b> ..... <b>pleć*</b> <b>kot</b> <b>kotka</b>  |
| <b>data ostatniego obowiązkowego szczepienia przeciwko<br/>wściekliznie:</b><br>.....   | <b>maść/rodzaj sierści</b> .....   |
| <b>maść/rodzaj sierści</b> .....  | <b>data urodzenia lub wiek</b> .....<br>(w latach/w tygodniach u kociąt)   |
| <b>data urodzenia lub wiek</b> .....<br>(w latach/w tygodniach u szczeniąt)   |  |
| Oświadczam, że w przypadku zmiany danych dotyczących właściciela i/lub zwierzęcia, powiadomię o tym fakcie <b>Międzynarodową<br/>Bazę Danych „SAFE-ANIMAL” e-mail: office@safe-animal.eu, tel: 91/ 318 04 91, hotline: 505 350 900.</b> |  |

**Data zaszczepienia zwierzęcia:**

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, 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 oraz dokumentu potwierdzającego prawo do psa/kota (np. książeczka zdrowia, paszport psa/kota).

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

**Potwierdzenie oznakowania psa/kota**

.....  
pieczęć lecznicy

.....  
podpis i pieczęć imienna  
lekarza weterynarii

\*niepotrzebne skreślić