…............................................

*(miejscowość i data)*

 **Burmistrz Mieroszowa**

 **Pl. Niepodległości 1**

 **58-350 Mieroszów**

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA POKRYCIE KOSZTÓW**

**KASTRACJI\*/ STERYLIZACJI\***

**BEZDOMNEGO PSA\*/WOLNO ŻYJACEGO KOTA\***

**PRZEBYWAJĄCEGO NA TERENIE GMINY MIEROSZÓW**

\* niepotrzebne skreślić

1. Wnioskujący (imię i nazwisko, adres zamieszkania):

…........................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................

2. Miejsce przebywania psa/kota (adres):

…........................................................................................................................................................

3. Charakterystyka psa/kota (wygląd, wielkość, zachowanie):

…........................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................

4. Uzasadnienie dla podjęcia działań związanych z przeprowadzeniem zabiegu:

…........................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................

…......................................................

*(czytelny podpis Wnioskującego)*