

Brzeziny, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon

**Urząd Miasta Brzeziny  
ul. Sienkiewicza 16  
95-060 Brzeziny**

**RI.6140.1. .... .2026**

## **Wniosek o sfinansowanie kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji psa/kota WŁAŚCICIELSKIEGO**

### **PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU PROSZĘ O ZAPOZNANIE SIĘ Z WAŻNĄ INFORMACJĄ**

*Sterylizacja lub kastracja psów i kotów właścicielskich obejmuje ocenę stanu zdrowia zwierzęcia, przeprowadzenie zabiegu, zapewnienie psu lub kotu opieki pooperacyjnej do czasu wybudzenia zwierzęcia z narkozy, w tym podanie środka przeciwbólowego i antybiotyku, wizytę kontrolną w siedzibie zakładu leczniczego oraz zdjęcie szwów.*

***Miasto Brzeziny nie finansuje dodatkowych badań (np.: EKG, RTG, USG, badanie krwi, moczu), które weterynarz uzna za konieczne podczas wizyty kwalifikującej. Koszt ww. badań oraz koszt leczenia ewentualnych powikłań pooperacyjnych jak również zabezpieczenie zwierzęcia przed samym sobą kołnierzem ochronnym pokrywa właściciel zwierzęcia.***

***Miasto Brzeziny pokrywa koszty zabiegu sterylizacji/kastracji zwierząt właścicielskich w wysokości 100 % kosztów.***

Wniosek o sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji zwierzęcia właścicielskiego w ramach realizacji programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Brzeziny

Gatunek i płeć zwierzęcia : .....

Rasa zwierzęcia: .....

Rok urodzenia zwierzęcia: .....

Waga zwierzęcia (psa/suki): .....

Numer czip zwierzęcia (jeśli posiada na dzień składania wniosku).....

1. Oświadczam, że jestem mieszkańcem Brzeziny.
2. Oświadczam, że jestem właścicielem zwierzęcia o którego sterylizację/kastrację wnioskuję i które na stałe przebywa na terenie Miasta Brzeziny.

3. Zobowiązuję się bezpłatnie zaczipować zwierzę przed lub w trakcie zabiegu sterylizacji/kastracji oraz do rejestracji danych w międzynarodowej bazie Safe- Animal.
4. Oświadczam, że pies posiada aktualne szczepienie przeciwko wściekliznie.
5. Zobowiązuję się do zapewnienia szczególnej opieki nad zwierzęciem właścicielskim w okresie po zabiegowym.
6. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami zawartymi we wniosku.

#### **Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych**

*Zgodnie z art. 13 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:*

1. **Administratorem** Państwa danych osobowych jest **Urząd Miasta Brzeziny**, z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 16, 95-060 Brzeziny reprezentowany przez Burmistrza; tel.: (46) 874 22 24; fax: (46) 874 27 83, strona internetowa: <https://www.brzeziny.pl/>; adres e-mail: [sekretariat@brzeziny.pl](mailto:sekretariat@brzeziny.pl)
2. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych mogą się Państwo kontaktować z **Inspektorem Ochrony Danych** na adres e-mail: [iodo@brzeziny.pl](mailto:iodo@brzeziny.pl) oraz na adres siedziby Administratora.
3. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o sfinansowanie kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji psa/kota właścicielskiego. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 11a ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt.**
4. Podanie danych wskazanych we wniosku jest niezbędne w celu jego rozpatrzenia, a brak ich wskazania spowoduje brak rozpatrzenia wniosku. Podanie nr kontaktowego jest obowiązkowe.
5. Dostęp do danych będą posiadały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem danych oraz podmioty wnioskujące na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez 5 lat od dnia złożenia wniosku.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, , prawo do przeniesienia danych; prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie w sytuacji gdy przetwarzanie danych odbywa się w oparciu o wyrażoną zgodę oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego na adres ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa w przypadku gdy Państwa zdaniem przetwarzanie danych przez Administratora odbywa się z naruszeniem przepisów prawa.
8. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/ Pana danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (tj. poza obszar Unii Europejskiej, Norwegię, Lichtenstein i Islandię).
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym także profilowane.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

.....  
Czytelny podpis