

.....
pieczęć Schroniska dla Zwierząt w Białymstoku

WNIOSEK WŁAŚCICIELA O WYKONANIE ZABIEGU KASTRACJI PSA/KOTA* NA KOSZT Schroniska dla Zwierząt w Białymstoku w 2019 roku, w ramach projektu „KASTRACJA ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH”

<p>..... imię i nazwisko wnioskodawcy</p> <p>..... miejsce zamieszkania wnioskodawcy</p> <p>..... telefon kontaktowy</p> <p>Proszę o wykonanie zabiegu kastracji psa/kota*, którego <u>jestem właścicielem</u>:</p> <p>imię</p> <p>data urodzenia pleć</p> <p>rasa maść</p> <p>nr chipa</p> <p><u>Dotyczy tylko psa:</u></p> <p>– waga</p> <p>– data ostatniego obowiązkowego szczepienia przeciwko wściekliźnie (podana zgodnie z dowodem szczepienia):</p> <p>.....</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 kastracji w narkozie infuzyjnej,• wszczępienie chipa zwierzęciu wcześniej nieoznakowanemu,• zapewnienie psu/kotu opieki pooperacyjnej do czasu wybudzenia z narkozy, w tym podanie środka przeciwbólowego i antybiotyku,• zapewnienie ze strony gabinetu weterynaryjnego podawania leków niezbędnych do końcowego zagojenia się rany - podstawowa antybiotykoterapia i podawanie leków przeciwbólowych (opieka nie obejmuje ewentualnych powikłań wynikających z samookałeczenia się zwierzęcia z powodu niedopilnowania przez właściciela, w tym wygryzanie szwów) bądź wystąpienia uczulenia na szwy,• wizyta kontrolna, w tym badanie kliniczne oraz zdjęcie szwów. <p>Uwaga!</p> <p>Gabinet weterynaryjny nie zapewnia bezpłatnego kaftanika pooperacyjnego lub kołnierza dla zwierzęcia.</p>
<p>Wniosek został pozytywnie zweryfikowany przez Schronisko dla Zwierząt w Białymstoku</p> <p>..... data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p> <p>Dofinansowanie: 100% 50%*</p>	

*niepotrzebne skreślić

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Schronisko dla Zwierząt w Białymstoku, ul. Dolistowska 2, 15-197 Białystok, moich danych osobowych tj. imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, nr telefonu i adresu email, zawartych w ww. wniosku. Podane we wniosku dane osobowe przetwarzane będą w celu jego realizacji oraz udostępnione Centralnej Bazie Danych Zwierząt Oznakowanych Elektronicznie i bazie psów oznakowanych Schroniska dla Zwierząt w Białymstoku "BOP" w celu rejestracji danych właściciela i zwierzęcia. Będą one przechowywane przez czas wymagany prawem.

Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, o prawie do przenoszenia danych, wycofania zgody w każdym momencie, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Podanie danych osobowych jest niezbędne do weryfikacji ww. wniosku, co jest zgodne z art. 11 a ust. 3 i 3a ustawy o ochronie zwierząt z dnia 21 sierpnia 1997r.

.....
czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika Projektu)

STR. 1 – PRZED WERYFIKACJĄ WNIOSKU PRZEZ SCHRONISKO DLA ZWIERZĄT W BIAŁYMSTOKU
WNIOSKODAWCA CZYTELNI WYPEŁNIA SZARE POLA

STR. 2 – WNIOSKODAWCA CZYTELNI WYPEŁNIA SZARE POLA U LEKARZA WETERYNARII PODCZAS WIZYTY
KWALIFIKACYJNEJ DO ZABIEGU

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

Oświadczam, że:

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

Białystok, dnia

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

Wykonane zabiegi (rodzaj, data, nr chipa, koszt wg. umowy) / Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis lekarza weterynarii