Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr B.0050.85.2017 Burmistrza Miasta Kuźnia Raciborska z dnia 29.03.2017

Nr karty ………..

Kuźnia Raciborska, dnia…………………..

KARTA STERYLIZACJI/KASTRACJI WOLNOŻYJĄCEGO KOTA

|  |  |
| --- | --- |
| Społeczny opiekun kota i odbierający go po wykonaniu zabiegu *(imię, nazwisko, nr telefonu)*: | Oświadczam, że zgłoszony przeze mnie do sterylizacji/kastracji poniżej opisany kot jest kotem wolnożyjącym.  ….…………………….  podpis |
| Opis kota i miejsce bytowania | |
| Skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji\* wolnożyjącego kota *(wypełnia pracownik Urzędu Miejskiego)*  …………………………………..  Podpis osoby wydającej skierowanie | |
| 1. **Poświadczenie przez gabinet weterynaryjny „MOPS”:** 2. wykonania badania wstępnego w celu określenia czy wolnożyjący kot kwalifikuje się do zabiegu sterylizacji/kastracji\* i wynik badania *(data wykonania, podpis i pieczątka)*: 3. wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji\* kota *(data wykonania, podpis i pieczątka)* 4. **Inne zalecenia lekarza weterynarii:** 5. **Poświadczenie przez osobę dostarczającą kota i odbierającą go po wykonaniu badania wstępnego, zabiegu sterylizacji/kastracji kota** *(podpis)*: | |

\*-niepotrzebne skreślić