Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr B.0050.85.2017 Burmistrza Miasta Kuźnia Raciborska z dnia 29.03.2017

Kuźnia Raciborska, dnia ……………

Urząd Miejski w Kuźni Raciborskiej  
ul. Słowackiego 4

47-420 Kuźnia Raciborska

DEKLARACJA SPOŁECZNEGO OPIEKUNA

KOTÓW WOLNOŻYJĄCYCH

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko społecznego opiekuna wolnożyjących kotów |  |
| Adres zamieszania, numer telefonu |  |
| Miejsce przebywania wolnożyjących kotów |  |
| Forma udzielanej zwierzętom opieki | Dokarmianie wolnożyjących kotów, dostarczanie na zabieg sterylizacji/kastracji |
| Liczba wolnożyjących kotów podlegających pod opiekę *(około)* |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji Programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Kuźnia Raciborska zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

………………………………………………..

Podpis społecznego opiekuna kotów wolnożyjących