

Macskaivartalanítási kérelem

Állattartó neve: _____

Állattartó lakóhelye, anyja neve, telefonszáma: _____

Ivartalanítandó macskák száma: _____

Ivartalanítandó macskák neve: _____

Ivartalanítást végző állatorvos: _____

Alulírott _____ nyilatkozom, hogy az ivartalanítási műtétért macskánként- Ft önrész megfizetését vállalom. A- Ft önrészt az ivartalanítást végző állatorvos részére a műtét alkalmával megfizetem. Tudomásul veszem, hogy a kedvezményes macskaivartalanítást csak az Önkormányzattal szerződött állatorvosnál vehetem igénybe.

aláírás

Alulírott _____ hozzájárulok, hogy Budapest Főváros XIV. Kerület Zuglói Polgármesteri Hivatal macskaivartalanítási programban közreműködő ügyintézői személyes adataimat és személy és lakcímgazolványom másolatát a programban való részvételi jogosultságom ellenőrzése céljából kezelhetik.

aláírás

Záradék nyilvántartásba vételről

Budapest Főváros XIV. Kerület Zugló Önkormányzat Képviselő-testületének a kedvezményes macskaivartalanítási és eboltási programban való részvétel feltételeiről és módjáról szóló 31/2016. önkormányzati rendelet 4. § (3) bekezdésének megfelelően _____-t a macskaivartalanítási programban való részvételi nyilvántartásba az alábbi számon feljegyeztem.

nyilvántartási szám:

kérelem benyújtásának napja:

iktatószám:

ügyintéző:

Budapest, 2022

Horváth Csaba polgármester megbízásából

ügyintéző