**Załącznik Nr 3**

do Zarządzenia Nr 2/2025

Wójta Gminy Osielsko

z dnia 14 stycznia 2025 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Urząd Gminy Osielsko****86-031 Osielsko ul. Szosa Gdańska 55A****tel. 52 3241800 fax 52 3241803****e-mail:** **gmina@osielsko.pl**[**www.osielsko.pl**](http://www.osielsko.pl/) |  |  |

Osielsko, dnia …………………..

**SKIEROWANIE – 2025 r.**

**Sterylizacja/kastracja wolno żyjącego kota**

**Przychodnia Weterynaryjna**

**CHIRON**

**J. Zamyślewski i P. Zamyślewski s. c.**

ul. Jana Pawła II 34

86-031 Osielsko

Termin zabiegu należy uzgodnić telefonicznie z lecznicą **-tel. 577 034 134**

Nazwisko, imię Opiekuna kota: ………………………………………………………………

Miejsce wyłapania kota (Miejscowość, ulica) ………………………………………………..

Prosimy o wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji kota zgodnie z Umową **Nr 272.22.2025**
**z dnia 8 stycznia 2025 r.**

***Wysterylizowaną kotkę lub wykastrowanego kota należy oznakować przez nacięcie trójkąta w górnej części ucha.***

Skierowanie jest ważne do dnia …………………………………**(do 30 dni od daty wydania,
nie dłużej jednak niż do 28.11.2025 r.)**

……………………..

 (pieczątka i podpis)

Zabieg sterylizacji/kastracji \* wykonano dnia …………………………(\*właściwe zaznaczyć)

Koszt zabiegu brutto…………………………………………………………………………….

……………………………… ………………………………

 (podpis Opiekuna kota) (pieczątka i podpis lekarza weterynarii)

***ZABIEGI STERYLIZACJI I KASTRACJI BEZDOMNYCH KOTÓW FINANSOWANE SĄ PRZEZ GMINĘ OSIELSKO***