

Mława, .....  
(data)

## Wniosek

### o sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji psa lub kota, którego właściciel/opiekun społeczny kotów wolno żyjących jest mieszkańcem Miasta Mława

Imię i nazwisko.....

Adres zam. ....

Rodzaj zabiegu.....

Numer telefonu.....

Informacje o posiadanym zwierzęciu

- Gatunek: .....
- Rasa: .....
- Data urodzenia (wiek): .....
- Płeć: .....
- Waga: (dotyczy psa/suki): .....
- Data ostatniego obowiązkowego szczepienia psa przeciw wściekliźnie (w załączeniu kserokopia dokumentu potwierdzającego wykonanie obowiązkowego szczepienia).
- Zwierzę jest/nie jest oznakowane za pomocą identyfikatora elektronicznego (czipa) wpisanego do ogólnodostępnej bazy danych .

Jeżeli jest podać numer czipa oraz nazwę bazy danych:

.....

Jeżeli nie to:

Wyrażam zgodę na trwałe oznakowanie za pomocą elektronicznego identyfikatora (czipa) oraz rejestrację zwierzęcia w Centralnej Bazie Danych Zwierząt

Oznakowanych Elektronicznie (CBDZOE).

.....  
(czytelny podpis właściciela zwierzęcia)

### **Oświadczenie właściciela zwierzęcia**

- Oświadczam, że jestem właścicielem wskazanego we wniosku zwierzęcia i zobowiązuje się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegowym oraz ponoszenia ewentualnych kosztów z tym związanych.
- Oświadczam, że zwierzę jest/nie jest oznakowane za pomocą identyfikatora elektronicznego (czipa) wpisanego do ogólnodostępnej bazy danych.
- Posiadam książeczkę zdrowia zwierzęcia lub w przypadku jej braku wyrażam zgodę na jej założenie podczas zabiegu.
- Oświadczam, że jestem mieszkańcem Miasta Mława.
- Oświadczam, że zwierzę o którego kastrację/sterylizację wnioskuję, na stałe przebywa na terenie Miasta Mława.
- Zobowiązuję się do pokrycia kosztów badania ogólnego w przypadku niezakwalifikowania zwierzęcia do zabiegu.
- Zobowiązuję się do dostarczenia i odebrania zwierzęcia w terminie uzgodnionym z lekarzem weterynarii.
- Miasto Mława nie ponosi odpowiedzialności za powikłania lub śmierć zwierzęcia wynikające z przeprowadzonego zabiegu, w związku z powyższym oświadczam, że nie będę zgłaszał/a roszczeń w stosunku do Miasta Mława.
- Oświadczam, że jestem świadomy ryzyka związanego z przeprowadzeniem zabiegu sterylizacji lub kastracji mojego zwierzęcia.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami Regulaminu programu „Zapobieganie bezdomności zwierząt na terenie Miasta Mława”.
- Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Mława, dnia .....

.....  
(czytelny podpis właściciela zwierzęcia)

### **Wykaz wymaganych dokumentów do wniosku:**

- 1) Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego poddanie zwierzęcia obowiązkowemu szczepieniu przeciw wścieklicznie (dotyczy psów)
- 2) Kserokopia książeczki zdrowia psa/kota lub innego dokumentu potwierdzającego prawa do zwierzęcia.

### **Klauzula Informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

1. Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Mława, adres siedziby: 06-500 Mława, ul. Stary Rynek 19, tel. 23/6543382, e-mail: [info@mlawa.pl](mailto:info@mlawa.pl)
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych możliwy jest kontakt z inspektorem ochrony danych powołanym przez Burmistrza Miasta Mława – Marcin Kurpiewski, e-mail: [iod@mlawa.pl](mailto:iod@mlawa.pl)
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
4. Przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana odbywa się w celu ustalenia uprawnienia do skorzystania z programu „Zapobieganie bezdomności zwierząt na terenie Miasta Mława” w ramach którego wykonywane będą zabiegi sterylizacji lub kastracji zwierząt właścicielskich oraz zabieg trwałego znakowania zwierzęcia za pomocą elektronicznego identyfikatora – art. 6 ust. 1 lit e RODO. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji celu, a następnie zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 o narodowym zasobie archiwalnych archiwach.
5. Dane osobowe w zakresie niezbędnym do realizacji zadania, przekazane zostaną podmiotom, które w imieniu Miasta Mława na podstawie odrębnych umów będą wykonywać zabiegi sterylizacji/kastracji oraz elektronicznego oznakowania zwierząt.
6. Dane osobowe nie pochodzą od stron trzecich.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Odbiorcami Pana/Pani danych są podmioty uprawnione do ich przetwarzania na mocy przepisów prawa oraz stosowanych umów podpisanych z Administratorami przetwarzających dane osobowe na jego polecenie, w tym również podmioty wykonujące w imieniu Miasta na podstawie zawartych umów zabiegi sterylizacji lub kastracji zwierząt oraz ich elektronicznego oznakowania.
9. Posiada Pan / Pani prawo do:
  - a) żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
  - b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych (w ograniczonym zakresie jeżeli wniosek zostanie przyjęty i zrealizowany przez Administratora),
  - c) wniesienia skargi na działania Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem do wykonania obowiązków Administratora.
11. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz profilowania.

Ja, .....zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych.

.....  
/data/

.....  
/podpis wnioskodawcy/

**Weryfikacja wniosku**

**Wypełnia pracownik Urzędu Miasta Mława**

**Tożsamość osoby wnioskującej o sfinansowanie zabiegu potwierdzono/nie potwierdzono\* na podstawie ewidencji ludności lub złożonych deklaracji o wysokości opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi.**

**Wniosek został pozytywnie/negatywnie zweryfikowany przez Wydział Gospodarki Komunalnej, Mieszkaniowej i Ochrony Środowiska**

**Uwagi:**

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

.....  
Data i podpis pracownika

\*niepotrzebne skreślić