**Załącznik nr 1 do umowy nr**

**Dowód sterylizacji lub kastracji chirurgicznej zwierzęcia w ramach „Programu bezpłatnej sterylizacji lub kastracji psów i kotów należących do mieszkańców Wrocławia”**

Imię i nazwisko właściciela:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych (podpis): ……………………………………………………………………………….

Data sterylizacji lub kastracji:

1. Suka/pies w wieku/ waga .........../........... nr chip:

2. Kotka/kot w wieku: ............................. nr chip:

**Informacja o podstawie do skorzystania z Programu:**

Zakwalifikowano na podstawie:

* Oświadczenia właściciela o zamieszkaniu we Wrocławiu

Koszt zabiegu: (proszę wpisać zgodnie z ofertą a dowód dołączyć do faktury):

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

Pieczęć lecznicy

Pieczęć, czytelny podpis osoby wykonującej zabieg