Zał. nr 2

**Karta informacyjna**

**dot. przeprowadzonej interwencji lub leczenie zwierzęcia**

miejsce podjęcia…………………………………………………………….…….

w dniu ………………………….…………

Zgłoszenia dokonała\*:

1.Straż Miejska

2. Policja

3.osoba prywatna

4. inne …………………………………………………………………..……………..

**\*odpowiednie zaznaczyć**

**Informacje o zwierzęciu**

|  |  |
| --- | --- |
| Gatunek |  |
| Rasa |  |
| Płeć |  |
| **Uwagi** (w tym: orientacyjny wiek, masa, stan zdrowia) |  |

**WAŻNE** W przypadku wykonania iniekcji transpondera podać nr ………………………………………………

**Wykonane czynności i sposób wyliczenia kosztów:**

………………………………………….

…………………………………………..

………………………………………….

…………………………………………..

…………………………………………..

………………………………………….

…………………….

 Podpis lekarza

**Zał. nr 3**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BAZY DANYCH SAFE ANIMAL**

**Dane właściciela zwierzęcia:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………...

Adres …Kostrzyn nad Odrą............………………………………………………………….

Tel. ……………………………………………………………..…………………………….

**Dane dotyczące psa:**

Imię …………………………………………………………………………………………

Rasa …………………………………………………………………………………………

Płeć …………………………………………………………………………………………

Maść ………………………………………………………………………………………..

Wiek …………………………………………………………………………………………

Data zabiegu iniekcji ………………………………………………………………………

Numer mikroprocesora …………………………………………………………………….

Klinika dokonująca zabiegu ……………………………………………………………….

………………………………………..

Podpis lekarza weterynarii

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie moich danych osobowych** zgodnie
z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu prowadzenia bazy danych przez firmę GEULINCX POLAND z siedzibą w 62-030 Luboń, ul.Kalinowa 1

………………………………..

 (data, podpis)

**zał. nr 5**

**Wniosek Nr**………………

**o pokrycie kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji kota wolno żyjącego**

…………………………………………………………………………………………………..……………

**Imię i nazwisko**

**Adres zam.: Kostrzyn nad Odrą, ul**.…………………………………………………………………….…………………………………

**Miejsce przebywania zwierząt** …………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu** ……….

**Rodzaj zabiegu: sterylizacja** …..…. (szt.) **kastracja** …….…..(szt.)

***Oświadczenie***

1.Oświadczam, że kot/koty zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji są kotami wolno żyjącymi, a miejscem przebywania jest adres wskazany we wniosku.

2.Oświadczam, iż po wykonaniu zabiegu zaopiekuję się kotem/kotami do czasu ich wyleczenia.

3.Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie
z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji kotów wolno żyjących

**Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przedstawiciel Urzędu Miasta może dokonać kontroli warunków bytowania zwierząt zadeklarowanych do zabiegu.**

Kostrzyn nad Odrą, dnia………………………… ……………………………………

 podpis osoby zgłaszającej kota/y do zabiegu

**Wyrażam zgodę**………………………………….

 Podpis Burmistrza

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Urząd Miasta

Wydział Gospodarki

Komunalnej i Lokalowej

Ul.Graniczna 2

66-470 Kostrzyn nad Odrą

**Skierowanie nr…………………..**

**z dnia……………………………..**

**na zabieg sterylizacji/kastracji kota wolno żyjącego**

……………………………………………………………………………………………..

**imię i nazwisko osoby zgłaszającej**

**Adres zam.: Kostrzyn nad Odrą, ul.**………………….………………………………….

**Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu** ……….(szt.)

**Rodzaj zabiegu: sterylizacja**…….  **kastracja** …….…..

 …………………………………

 podpis przedstawiciela Urzędu

**zał. nr 6**

**Umowa adopcyjna psa/kota\***

**zawarta w dniu………………………….**

**pomiędzy:**

………………………………………………………..

dane dotychczasowego opiekuna społecznego/ lek.wet.\*

**a osobą adopcyjną**

Imię i nazwisko………………………………….….

Adres zamieszkania…………………………………

Nr dowodu osobistego……………………………....

Nr telefonu kontaktowego……………………………

**Dane dotyczące adoptowanego psa/kota\*:**

· Imię………………………………………..

· Nr chipa………………………………….

· Płeć………………………………………

· Rasa………………………………………

· Wiek……………………………………..

· Umaszczenie……………………………..

· Znaki szczególne…………………………..

· Wykonany zabieg sterylizacji/kastracji……

- 2 -

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie
z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celach ……………………………….

………………………………..

 (data, podpis)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Miejska **Kostrzyn nad Odrą ( adres ul. Graniczna 2 66-470 Kostrzyn nad Odrą, telefon 95 727 81 00).**

2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się
z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: **inspektor@cbi24.pl****.**

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu ...........................................................

4. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) ww. Rozporządzenia.

6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.

7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych.

- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się
 z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis

\*niepotrzebne skreślić