

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU  
FINANSOWANYM Z OSTROWSKIEGO BUDŻETU OBYWATELSKIEGO:  
„OGRANICZANIE BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT  
POPURZEC STERYLIZACJE / KASTRACJE PSÓW I KOTÓW WŁAŚCICIELSKICH”**

<b>CZĘŚĆ 1</b>	Numer (nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)

**A. PODMIOT WŁAŚCIWY DO PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA**

1. Podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia:  
**Urząd Miejski w Ostrowie Wielkopolskim**  
**Al. Powstańców Wielkopolskich 18**  
**63-400 Ostrów Wielkopolski**

**B. DANE SKŁADAJĄCEGO ZGŁOSZENIE**

**B.1 DANE IDENTYFIKACYJNE WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA**

2. Imię i nazwisko

3. Numer telefonu kontaktowego (podanie numeru telefonu jest dobrowolne w celu przyspieszenia kontaktu):

.....

**B.2 ADRES DO KORESPONDENCJI**

4. Kraj	5. Ulica	6. Nr domu	7. Nr lokalu
8. Miejscowość	9. Kod pocztowy	10. Poczta	

**C. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA**

**C.1 GATUNEK I PŁEĆ ZWIERZĘCIA**

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

<p>11. Gatunek zwierzęcia:</p> <p><input type="checkbox"/> pies</p> <p><input type="checkbox"/> kot</p>	<p>12. Płeć zwierzęcia:</p> <p><input type="checkbox"/> samiec</p> <p><input type="checkbox"/> samica</p>
---	---

**D. OŚWIADCZENIA WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA**

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”, jeżeli stan faktyczny jest zgodny z treścią oświadczenia.

13. Oświadczenia:
- Oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Miasto Ostrów Wielkopolski.
  - Oświadczam, że jestem właścicielem zwierzęcia, którego dotyczy zgłoszenie.
  - Oświadczam, że zwierzę jest w wieku powyżej 6 miesięcy życia.
  - Oświadczam, że stałym miejscem pobytu zwierzęcia objętego wnioskiem jest Gmina Miasto Ostrów Wielkopolski.
  - Oświadczam, że posiadam książeczkę zdrowia psa z aktualnym szczepieniem przeciwko wściekliznie i chorobom zakaźnym, a w przypadku kota książeczkę zdrowia z aktualnymi szczepieniami przeciwko chorobom zakaźnym.
  - Oświadczam, że w przypadku gdy stan zwierzęcia nie pozwoli na wykonanie zabiegu sterylizacji/kastracji poniosę koszt wizyty kwalifikacyjnej z badaniem podstawowym krwi w wysokości 140,00 zł (słownie: sto czterdzieści zł 00/100) na rzecz Lecznicy Małych Zwierząt Stanisław Kempa, ul. Śmigielskiego 10D, 63-400 Ostrów Wielkopolski.

## E. OBOWIĄZEK INFORMACYJNY:

### 14. Obowiązek informacyjny:

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuję, iż :

1. Administratorem Danych jest Gmina Miasto Ostrów Wielkopolski, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Ostrowa Wielkopolskiego, 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Powstańców Wielkopolskich 18, tel.: (62) 58-22-400, e-mail: [um@umostrow.pl](mailto:um@umostrow.pl),

2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować:

- listownie przesyłając korespondencję na adres: Inspektor Ochrony Danych, al. Powstańców Wielkopolskich 18, 63-400 Ostrów Wielkopolski;

- pisząc e-mail na adres: [iod@umostrow.pl](mailto:iod@umostrow.pl);

3. Dane osobowe gromadzone są i przetwarzane w celu:

- realizacji zadania ujętego w Ostrowskim Budżecie Obywatelskim Miasta Ostrowa Wielkopolskiego pn. „Ograniczanie bezdomności zwierząt poprzez sterylizację/kastrację psów i kotów właścicielskich”, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym – zapobieganie bezdomności zwierząt, na podstawie ustawy o ochronie zwierząt z dnia 21 sierpnia 1997 (Dz. U. z 2019 r. poz. 122 z późn. zm.).

- przyspieszenia kontaktu, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO - w zakresie numeru telefonu - na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą,

4. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

5. Dane osobowe będą przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe) oraz mogą być przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe. Dane w zakresie imienia i nazwiska właściciela zwierzęcia (zgłoszenie część 2) zostaną udostępnione Lecznicy Małych Zwierząt Stanisław Kempa, ul. Śmigielskiego 10D, 63-400 Ostrów Wielkopolski.

6. Podanie danych jest niezbędne do uczestnictwa w zadaniu, a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu. W przypadku numeru telefonu podanie danych jest dobrowolne.

7. Osoba, której dane są przetwarzane, ma prawo do:

- żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych

- sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz sprzeciwu

- w przypadku zgody na przetwarzanie danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO ( numer telefonu), przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody wymaga jego złożenia w formie pisemnej i przesłania na adres Urzędu Miejskiego w Ostrowie Wielkopolskim z adnotacją na kopercie – wycofanie zgody lub elektroniczne na adres [iod@umostrow.pl](mailto:iod@umostrow.pl)

- wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

## F. POUCZENIE

### 15. Pouczenie

W przypadku, gdy podczas weryfikacji zgłoszenia przez podmiot właściwy do wykonania usługi (Lecznica Małych Zwierząt Stanisław Kempa, ul. Śmigielskiego 10D, 63-400 Ostrów Wielkopolski) ujawnione zostaną okoliczności, które uniemożliwiają zakwalifikowanie zwierzęcia do wykonania usługi, zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej realizacji.

## G. DATA I PODPIS WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA

16. Data

17. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska)

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU  
FINANSOWANYM Z OSTROWSKIEGO BUDŻETU OBYWATELSKIEGO:  
„OGRANICZANIE BEZDOMNOŚCI ZWIERZĄT  
POPRAZ STERYLIZACJE / KASTRACJE PSÓW I KOTÓW WŁAŚCICIELSKICH”**

<b>CZĘŚĆ 2</b>	Numer (nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)

<b>TABELA A WYPEŁNIA PODMIOT WŁAŚCIWY DO PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA</b>		
<b>A. DANE IDENTYFIKACYJNE WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA</b>		
1. Imię i nazwisko		
<b>B. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA</b> <b>UWAGA:</b> należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”		
2. Gatunek zwierzęcia: <input type="checkbox"/> pies <input type="checkbox"/> kot	3. Płeć zwierzęcia: <input type="checkbox"/> samiec <input type="checkbox"/> samica	
<b>B. STAN FORMALNY ZGŁOSZENIA</b>		
4. Stan formalny zgłoszenia: <input type="checkbox"/> zatwierdzono <input type="checkbox"/> nie zatwierdzono		
5. Data określenia stanu formalnego:	6. Pieczęć podmiotu zatwierdzającego:	7. Podpis zatwierdzającego:

<b>TABELA B WYPEŁNIA PODMIOT WŁAŚCIWY DO WYKONANIA USŁUGI</b>		
<b>A. PODMIOT WŁAŚCIWY DO WYKONANIA USŁUGI</b>		
1. Podmiot właściwy do wykonania usługi: <b>Lecznica Małych Zwierząt Stanisław Kempa ul. Śmigielskiego 10D 63-400 Ostrów Wielkopolski</b>		
<b>B. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA</b>		
2. Data:	3. Podpis przyjmującego zgłoszenie:	
<b>C. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA</b>		
<b>C.1 GATUNEK, PŁEĆ I WIEK ZWIERZĘCIA</b> <b>UWAGA:</b> należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”		
4. Gatunek zwierzęcia: <input type="checkbox"/> pies <input type="checkbox"/> kot	5. Płeć zwierzęcia: <input type="checkbox"/> samiec <input type="checkbox"/> samica	6. Wiek zwierzęcia: <input type="checkbox"/> do 6 miesięcy życia <input type="checkbox"/> powyżej 6 miesięcy życia

## C.2 WAGA ZWIERZĘCIA

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”.

**Należy wypełnić tylko w przypadku gdy w polu 4 Tabeli B zaznaczono „pies”**

7. Waga zwierzęcia:

- do 10 kg  
 powyżej 10 kg

## C.3 INFORMACJE DOTYCZĄCE KSIĄŻECZKI ZDROWIA

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

8. Informacja dotycząca książeczki zdrowia:

- właściciel posiada książeczkę zdrowia zwierzęcia  
 właściciel nie posiada książeczki zdrowia zwierzęcia

## C.4 INFORMACJE DOTYCZĄCE SZCZEPIEŃ

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

9. Informacja dotycząca szczepień:

- zwierzę zostało poddane obowiązkowym szczepieniom  
 zwierzę nie zostało poddane obowiązkowym szczepieniom

## C. 5 INFORMACJA O OZNAKOWANIU ZWIERZĘCIA CZIPEM

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

10. Informacja o oznakowaniu zwierzęcia czipem:

- zwierzę jest oznakowane czipem  
 zwierzę nie jest oznakowane czipem

## D. INFORMACJE O WYKONANIU CZYNNOŚCI WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY

### D. 1 INFORMACJE DOTYCZĄCE WIZYTY KWALIFIKUJĄCEJ (W TYM BADANIA KRWI)

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

11. Informacja dotycząca wizyty kwalifikującej:

- przeprowadzono  
 nie przeprowadzono

12. Wynik wizyty:

- zwierzę kwalifikuje się do zabiegu  
 zwierzę nie kwalifikuje się do zabiegu

### D. 2 INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

13. Rodzaj zabiegu:

- sterylizacja  
 kastracja

14. Status zabiegu:

- przeprowadzono  
 nie przeprowadzono

15. Informacja dotycząca narkozy infuzyjnej:

- zapewniono  
 nie zapewniono

### D. 3 INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKI POOPERACYJNEJ DO CZASU WYBUDZENIA ZWIERZĘCIA

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

16. Opieka pooperacyjna:

- zapewniono  
 nie zapewniono

17. Środek przeciwbólowy:

- podano  
 nie podano

18. Antybiotyk:

- podano  
 nie podano

**D 4. INFORMACJE DOTYCZĄCE WIZYTY KONTROLNEJ OBEJMUJĄCEJ BADANIE  
KLINICZNE ORAZ ZDJĘCIE SZWÓW**

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

19. Informacja dotycząca wizyty kontrolnej:

- przeprowadzono  
 nie przeprowadzono

20. Informacja dotycząca szwów:

- zdjęto  
 nie zdjęto

**D. 5 INFORMACJE DOTYCZĄCE KOLEJNEJ WIZYTY OBEJMUJĄCEJ BADANIE  
KLINICZNE**

**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

21. Informacja dotycząca konieczności przeprowadzenia  
kolejnej wizyty:

- wymagana  
 nie wymagana

22. Status wizyty:

- przeprowadzono  
 nie przeprowadzono

**E. POTWIERDZENIE ZWERYFIKOWANIA INFORMACJI ORAZ WYKONANIA  
CZYNNOŚCI OKREŚLONYCH W TABELI C**

23. Data :

24. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska):

**E. UWAGI PODMIOTU WŁAŚCIWEGO DO WYKONANIA USŁUGI**

25. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....