

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU
„STERYLIZACJA / KASTRACJA KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH
ORAZ CZIPOWANIE KOTEK WOLNO ŻYJĄCYCH NA TERENIE GMINY MIASTO
OSTRÓW WIELKOPOLSKI W ROKU 2021”**

CZEŚĆ 1	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 OPIEKUNA ZWIERZĘCIA

2. Imię i nazwisko / Organizacja

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 PŁEĆ

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

11. Płeć zwierzęcia oraz liczba osobników:

- kot
- kotka

D. OŚWIADCZENIE

12. Oświadczenie:

Oświadczam, iż miejscem bytowania zwierzęcia objętego zgłoszeniem jest Gmina Miasto Ostrów Wielkopolski rejon ul.

E. OBOWIĄZEK INFORMACYJNY:

13. 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 :

- 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,
- 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;
 - telefonicznie pod numerem 62-58-22-102;
 - pisząc e-mail na adres: iod@umostrow.pl;
3. Dane osobowe gromadzone są i przetwarzane w celu:
- realizacji zadania „ograniczenie 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), podmiotom świadczącym usługi pocztowe oraz mogą być udostępnione instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom) oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa.
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
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

F. POUCZENIE

14. Pouczenie

W przypadku, gdy podczas weryfikacji zgłoszenia przez podmiot właściwy do wykonania usługi (Lecznica Małych Zwierząt, ul. Śmigielskiego 10D, 63-400 Ostrów Wielkopolski lub Przychodnia Weterynaryjna LABEK Katarzyna i Adam Szubert s.c., ul. Wrocławska 146a, 63-400 Ostrów Wielkopolski) ujawnione zostaną okoliczności, które uniemożliwiają zakwalifikowanie zwierzęcia do wykonania usługi, zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej realizacji.

G. DATA I PODPIS OPIEKUNA ZWIERZĘCIA

15. Data

16. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska)

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU
„STERYLIZACJA / KASTRACJA KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH
ORAZ CZIPIOWANIE KOTEK WOLNO ŻYJĄCYCH NA TERENIE GMINY MIASTO
OSTRÓW WIELKOPOLSKI W ROKU 2021”**

CZĘŚĆ 2	Numer (nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)

**TABELA A
WYPEŁNIA PODMIOT WŁAŚCIWY DO PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA**

A. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA

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

1. Płeć zwierzęcia oraz liczba osobników:

- kot
 kotka

B. STAN FORMALNY ZGŁOSZENIA

2. Stan formalny zgłoszenia:

- zatwierdzono
 nie zatwierdzono

3. Data określenia stanu formalnego:	4. Pieczęć podmiotu zatwierdzającego:	5. Podpis zatwierdzającego:
--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------

--	--	--

**TABELA B
WYPEŁNIA OPIEKUN ZWIERZĘCIA**

A. DANE IDENTYFIKACYJNE OPIEKUNA ZWIERZĘCIA

1. Imię i nazwisko / Organizacja

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

.....

B. ADRES DO KORESPONDENCJI

3. Kraj	4. Ulica	5. Nr domu	6. Nr lokalu
---------	----------	------------	--------------

7. Miejscowość	8. Kod pocztowy	9. Poczta
----------------	-----------------	-----------

D. DATA I PODPIS OPIEKUNA ZWIERZĘCIA

10. Data:	11. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska):
-----------	--

--	--

TABELA C
WYPEŁNIA PODMIOT WŁAŚCIWY DO WYKONANIA USŁUGI

A. PODMIOT WŁAŚCIWY DO WYKONANIA USŁUGI

1. Podmiot właściwy do wykonania usługi:

B. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA

2. Data:

3. Podpis przyjmującego zgłoszenie:

C. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA

C. 1. PŁEĆ I WIEK ZWIERZĘCIA

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

4. Płeć zwierzęcia:

- kot
 kotka

5. Wiek zwierzęcia:

- do 6 miesiąca życia
 powyżej 6 miesiąca życia

C. 5. INFORMACJA O OZNAKOWANIU ZWIERZĘCIA CZIPEM

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

6. 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

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

7. Informacja dotycząca wizyty kwalifikującej:

- przeprowadzono
 nie przeprowadzono

8. 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”

9. Rodzaj zabiegu:

- sterylizacja
 kastracja

10. Status zabiegu:

- przeprowadzono
 nie przeprowadzono

11. Oznakowanie czipem:

- tak
 nie

12. 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”

13. Opieka pooperacyjna:

- zapewniono
 nie zapewniono

14. Środek przeciwbólowy:

- podano
 nie podano

15. Antybiotyk:

- podano
 nie podano

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

16. Informacja dotycząca wizyty kontrolnej: <input type="checkbox"/> przeprowadzono <input type="checkbox"/> nie przeprowadzono	17. Informacja dotycząca szwów: <input type="checkbox"/> zdjęto <input type="checkbox"/> nie zdjęto
---	---

D. 5. INFORMACJE DOTYCZĄCE KOLEJNEJ WIZYTY OBEJMUJĄCEJ BADANIE KLINICZNE

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

18. Informacja dotycząca konieczności przeprowadzenia kolejnej wizyty: <input type="checkbox"/> wymagana <input type="checkbox"/> nie wymagana	19. Status wizyty: <input type="checkbox"/> przeprowadzono <input type="checkbox"/> nie przeprowadzono
--	--

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

20. Data :	21. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska):
------------	--

F. UWAGI PODMIOTU WŁAŚCIWEGO DO WYKONANIA USŁUGI

22. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....