

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU
„STERYLIZACJA / KASTRACJA KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH
ORAZ CZIPOWANIE KOTEK WOLNO ŻYJĄCYCH NA TERENIE GMINY MIASTO
OSTRÓW WIELKOPOLSKI W ROKU 2023”**

CZEŚĆ 1	Numer (nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)
	WGS.ROS.7031.5.2023
	Data ważności zgłoszenia do:

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 PLEĆ**

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 :

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,

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;
 - 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 kotów wolno żyjących oraz czipowanie kotek wolno żyjących”, 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 1997r.
 - 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

1) Przychodnia Weterynaryjna LABEK, Katarzyna i Adam Szubert s.c., ul. Wrocławska 146 A, 63-400 Ostrów Wielkopolski,

2) Przychodnia Weterynaryjna Lek. Wet. Patryk Łagodzki, ul. Wańkowicza 5, 63-400 Ostrów Wielkopolski

ujawnione zostaną okoliczności, które uniemożliwiają zakwalifikowanie zwierzęcia do wykonania usługi, zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej realizacji.

Zgłoszenie musi zostać wykonane w terminie miesiąca od daty potwierdzenia dokonanego przez Gminę Miasto Ostrów Wielkopolski, Al. Powstańców Wielkopolskich 18, 63-400 Ostrów Wielkopolski na zgłoszeniu, jednak nie później niż 15 grudnia 2023r. Termin liczony będzie zgodnie z art. 112 z uwzględnieniem art. 115 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2022r. poz. 1360 z późn. zm.)

G. DATA I PODPIS OPIEKUNA ZWIERZĘCIA

15. Data

16. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska)

Odebrałem/odebrałam

(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(data)

.....
(podpis)

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU
„STERYLIZACJA / KASTRACJA KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH
ORAZ CZIPIOWANIE KOTEK WOLNO ŻYJĄCYCH NA TERENIE GMINY MIASTO
OSTRÓW WIELKOPOLSKI W ROKU 2023”**

CZĘŚĆ 2	Numer (nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)
	WGS.ROS.7031.5.2023

**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:

**UWAGA! Zabieg musi zostać wykonany w terminie miesiąca od daty
zatwierdzenia zgłoszenia,
tj. do dnia
(po tym terminie zgłoszenie traci ważność)**

**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: <input type="checkbox"/> kot <input type="checkbox"/> kotka	5. Wiek zwierzęcia: <input type="checkbox"/> do 6 miesiąca życia <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> zwierzę jest oznakowane czipem <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> przeprowadzono <input type="checkbox"/> nie przeprowadzono	8. Wynik wizyty: <input type="checkbox"/> zwierzę kwalifikuje się do zabiegu <input type="checkbox"/> zwierzę nie kwalifikuje się do zabiegu	
D. 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU		
UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”		
9. Rodzaj zabiegu: <input type="checkbox"/> sterylizacja <input type="checkbox"/> kastracja	10. Status zabiegu: <input type="checkbox"/> przeprowadzono <input type="checkbox"/> nie przeprowadzono	
11. Oznakowanie czipem: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
12. Informacja dotycząca narkozy infuzyjnej: <input type="checkbox"/> zapewniono <input type="checkbox"/> nie zapewniono		
D. 3. INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKI POOPERACYJNEJ DO CZASU WYBUDZENIA ZWIERZĘCIA		
UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”		
13. Opieka pooperacyjna: <input type="checkbox"/> zapewniono <input type="checkbox"/> nie zapewniono	14. Środek przeciwbólowy: <input type="checkbox"/> podano <input type="checkbox"/> nie podano	15. Antybiotyk: <input type="checkbox"/> podano <input type="checkbox"/> 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. INFORMACJA

22. Podmiotem właściwym do wykonania usługi jest:

1) Przychodnia Weterynaryjna LABEK, Katarzyna i Adam Szubert s.c., ul. Wrocławska 146 A, 63-400 Ostrów Wielkopolski,

2) Przychodnia Weterynaryjna Lek. Wet. Patryk Łagodzki, ul. Wańkowicza 5, 63-400 Ostrów Wielkopolski

W przypadku, gdy podczas weryfikacji zgłoszenia przez podmiot właściwy do wykonania usługi ujawnione zostaną okoliczności, które uniemożliwiają zakwalifikowanie zwierzęcia do wykonania usługi, zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej realizacji.

Zgłoszenie musi zostać wykonane w terminie miesiąca od daty potwierdzenia dokonanego przez Gminę Miasto Ostrów Wielkopolski, Al. Powstańców Wielkopolskich 18, 63-400 Ostrów Wielkopolski na zgłoszeniu, jednak nie później niż 15 grudnia 2023r. Termin liczony będzie zgodnie z art. 112 z uwzględnieniem art. 115 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2022r. poz. 1360 z późn. zm.).

G. UWAGI PODMIOTU WŁAŚCIWEGO DO WYKONANIA USŁUGI

23. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....