

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU  
„LECZENIE KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH  
Z TERENU GMINY MIASTO OSTRÓW WIELKOPOLSKI W ROKU 2025”**

<b>CZĘŚĆ 1</b>	Numer (nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)
	WGS.ROS.7031.5.....2025
	Data ważności 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 (zgłoszenie obejmuje 1 zwierzę)

kot

kotka

**D. DANE DOTYCZĄCE GABINETU**

12. Wybór gabinetu właściwego do wykonania usługi

Przychodnia Weterynaryjna Lek. Wet. Patryk Łagodzki

Przychodnia Weterynaryjna LABEK Katarzyna i Adam Szubert s.c.

**E. OŚWIADCZENIE**

13. Oświadczenie:

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

**F. 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;
- telefonicznie pod numerem 62-58-22-102;
- pisząc e-mail na adres: [iod@umostrow.pl](mailto: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 – zapobiegania 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](mailto:iod@umostrow.pl)
- wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

## G. POUCZENIE

### 15. Pouczenie

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 12 grudnia 2025r. Termin liczony będzie zgodnie z art. 112 z uwzględnieniem art. 115 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.).

Zapewnienie transportu zwierzęcia na miejsce zabiegu i odebranie zwierzęcia należy do Opiekuna. Transport zwierzęcia do gabinetu weterynaryjnego oraz odbiór z gabinetu, osoba wykonuje samodzielnie i na własny koszt.

## H. DATA I PODPIS OPIEKUNA ZWIERZĘCIA

16. Data

17. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska)

Odebrałem/odebrałam .....

(imię i nazwisko opiekuna)

.....  
(data)

.....  
(podpis)

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU  
„LECZENIE KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH  
Z TERENU GMINY MIASTO OSTRÓW WIELKOPOLSKI W ROKU 2025”**

<b>CZĘŚĆ 2</b>	Numer (nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)
	WGS.ROS.7031.5..... .2025

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

**A. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA**

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

1. Płeć zwierzęcia (zgłoszenie obejmuje 1-go osobnika)

- kot  
 kotka

**B. STAN FORMALNY ZGŁOSZENIA**

2. Stan formalny zgłoszenia:

- zatwierdzono     nie zatwierdzono

**C. DANE DOTYCZĄCE GABINETU, KTÓRY BĘDZIE ŚWIADCZYŁ USŁUGĘ**

3. Podmiotem właściwym do wykonania usługi jest:

- Przychodnia Weterynaryjna Lek. Wet. Patryk Łagodzki  
 Przychodnia Weterynaryjna LABEK Katarzyna i Adam Szubert s.c.

4. Data określenia stanu formalnego:

5. Pieczęć podmiotu zatwierdzającego:

6. Podpis zatwierdzającego:

**UWAGA! Usługa leczenia musi zostać wykonana, a w przypadku długotrwałego leczenia rozpoczęta 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:

- kot  
 kotka

5. Wiek zwierzęcia:

.....

**D. INFORMACJE O WYKONANIU CZYNNOŚCI WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY**

**D. 1 INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU LECZENIA**

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

6. Rodzaj zabiegu leczenia:

- podstawowa wizyta z podaniem leków  
 Herpeswirus „koci katar”  
 Panleukopenia  
 Świerzbowiec uszny  
 pasożyty zewnętrzne  
 problemy geriatryczne  
 odrobaczenie  
 urazy komunikacyjne i inne  
 inne przypadki leczenia

7. Status zabiegu:

- przeprowadzono  
 nie przeprowadzono

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

8. Data :

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

**F. INFORMACJA**

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 12 grudnia 2025r. Termin liczony będzie zgodnie z art. 112 z uwzględnieniem art. 115 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 z późn. zm.).

Zapewnienie transportu zwierzęcia na miejsce zabiegu i odebranie zwierzęcia należy do Opiekuna. Transport zwierzęcia do gabinetu weterynaryjnego oraz odbiór z gabinetu, osoba wykonuje samodzielnie i na własny koszt.

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

10. Uwagi:

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