

Poznań, dnia

**Wniosek właściciela psa o wykonanie zabiegu
elektronicznego oznakowania psa**
(kopia wniosku stanowi zaświadczenie o oznakowaniu psa
pod warunkiem przyłożenia pieczętki przez zakład
lecniczy dokonujący oznakowania psa)



pieczętka zakładu leczniczego
wszczepiającego mikroprocesor

imię i nazwisko:

Numer PESEL:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....
(podpis i pieczętka imienna lekarza)

miejsce zamieszkania: ul./os. nr domu, nr mieszkania

kod pocztowy:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 —

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 adres e-mail:, nr telefonu:

Wnioskuje o wykonanie zabiegu wszczepienia mikroprocesora psu, którego jestem właścicielem.

imię psa:

rasa psa:, agresywna *

sierść:

pies * suka *

* - zaznaczyć właściwe pole wpisując krzyżyk

maść:, znaki szczególne:

numer tatuażu (jeżeli posiada)

data urodzenia lub wiek psa:

adnotacja zakładu leczniczego

Miejsce na wklejenie kodu
kreskowego mikroprocesora przez zakład leczniczy,
który dokonał jego wszczepienia

.....
(czytelny podpis właściciela psa)

Oświadczam, że znany mi jest obowiązek wynikający z obowiązującego Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt w Poznaniu, tj. wyrejestrowania psa w związku z jego utratą, zbyciem lub zmianą miejsca zamieszkania właściciela poza granice administracyjne miasta Poznania w terminie 14 dni od dnia wystąpienia takiego zdarzenia - informacje na temat wyrejestrowania: Usługi Komunalne w Poznaniu, ul. Słowackiego 43a, 60-521 Poznań, e-mail: malgorzata.taranowicz@uslugikomunalne.com.pl, nr tel. (061) 846 29 04
Administratorem Pani/Pana danych Osobowych są Usługi komunalne w Poznaniu, ul. Słowackiego 43a, 60 – 521 Poznań. Szczegółowe informacje można znaleźć pod adresem: https://uslugikomunalne.com.pl/znakowanie-zwierzat/klauzula_informacyjna-rejestracja_zwierzat/