Zał. nr 2

**Karta informacyjna**

**dot. przeprowadzonej interwencji lub leczenie zwierzęcia**

miejsce podjęcia…………………………………………………………….…….

w dniu ………………………….…………

Zgłoszenia dokonała\*:

1.Straż Miejska

2. Policja

3.osoba prywatna

4. inne …………………………………………………………………..……………..

**\*odpowiednie zaznaczyć**

**Informacje o zwierzęciu**

|  |  |
| --- | --- |
| Gatunek |  |
| Rasa |  |
| Płeć |  |
| **Uwagi** (w tym: orientacyjny wiek, masa, stan zdrowia) |  |

**WAŻNE** W przypadku posiadania transpondera podać nr ……………………………

**Wykonane czynności i sposób wyliczenia kosztów:**

………………………………………….

…………………………………………..

………………………………………….

…………………………………………..

…………………………………………..

………………………………………….

…………………….

Podpis lekarza

**Zał. nr 3**

**FORMULARZ REJESTRACYJNY MIĘDZYNARODOWEJ BAZY SAFE - ANIMAL**

1. **Dane właściciela zwierzęcia:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………...

Adres …Kostrzyn nad Odrą............………………………………………………………….

Tel. ……………………………………………………………..…………………………….

1. **Dane dotyczące psa:**

Imię ……………………………………………………………………………………..……

Rasa ………………………………………………………………………………………..…

Płeć ………………………………………………………………………………………...…

Maść ……………………………………………………………………………………...…..

Wiek ……………………………………………………………………………………….…

Znaki szczególne …………………………………………………………………………..…

**3.**

Data zabiegu iniekcji …………………………………………………………………………

Numer mikroczipa…………………………………………………………………………….

**4.Dane podmiotu rejestrującego** ………………………………………………………

………………………………………..

Podpis lekarza weterynarii

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie moich danych osobowych**

Na podstawie art.4 pkt 11 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmiot rejestrujący wskazany w pkt 4. formularza rejestracyjnego oraz przez Fundację SAFE-ANIMAL w celu prowadzenia bazy danych.

………………………………..

(data, podpis właściciela)

**zał. nr 5**

**Wniosek Nr**………………

**o pokrycie kosztów zabiegu sterylizacji/kastracji kota wolno żyjącego**

…………………………………………………………………………………………………..……………

**Imię i nazwisko**

**Adres zam.: Kostrzyn nad Odrą, ul**.…………………………………………………………………….…………………………………

**Miejsce przebywania zwierząt** …………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu** ……….

**Rodzaj zabiegu: sterylizacja** …..…. (szt.) **kastracja** …….…..(szt.)

***Oświadczenie***

1.Oświadczam, że kot/koty zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji są kotami wolno żyjącymi, a miejscem przebywania jest adres wskazany we wniosku.

2.Oświadczam, iż po wykonaniu zabiegu zaopiekuję się kotem/kotami do czasu ich wyleczenia.

3.Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie   
z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji kotów wolno żyjących

**Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przedstawiciel Urzędu Miasta może dokonać kontroli warunków bytowania zwierząt zadeklarowanych do zabiegu.**

Kostrzyn nad Odrą, dnia………………………… ……………………………………

podpis osoby zgłaszającej kota/y do zabiegu

**Wyrażam zgodę**………………………………….

Podpis Burmistrza

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Urząd Miasta

Wydział Gospodarki

Komunalnej i Lokalowej

Ul.Graniczna 2

66-470 Kostrzyn nad Odrą

**Skierowanie nr…………………..**

**z dnia……………………………..**

**na zabieg sterylizacji/kastracji kota wolno żyjącego**

……………………………………………………………………………………………..

**imię i nazwisko osoby zgłaszającej**

**Adres zam.: Kostrzyn nad Odrą, ul.**………………….………………………………….

**Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu** ……….(szt.)

**Rodzaj zabiegu: sterylizacja**…….  **kastracja** …….…..

…………………………………

podpis przedstawiciela Urzędu

**zał. nr 6**

**Umowa adopcyjna psa/kota\***

**zawarta w dniu………………………….**

**pomiędzy:**

………………………………………………………..

dane dotychczasowego opiekuna tj. Miasto/lek.wet./Schronisko/opiekun społeczny kotów\*

**a osobą adopcyjną**

Imię i nazwisko……………………………………..…………..….

Seria i nr dowodu osobistego………………………..…………......

Adres zamieszkania………………………………………….…..…

Nr telefonu kontaktowego, adres e-mail……………………………

**Dane dotyczące adoptowanego psa/kota\*:**

Imię……………………………………..…………..

Wiek……………………………………………..…..

Płeć…………………………………………….……

Rasa…………………………………………………

Umaszczenie………………………………….……..

Znaki szczególne………………………………...…..

Wykonany zabieg sterylizacji/kastracji…………...…

Szczepienie ………………………………………….

Nr chipa ……………………………………….…….

Kwarantanna odbyta w dniach……………………….

\*niepotrzebne skreślić

Warunki umowy:

1.Adoptujący zobowiązuje się, że nie odda ani nie sprzeda zwierzęcia osobom trzecim. Jeżeli adoptujący z jakiś względów nie mógłby go zatrzymać, jest zobowiązany zawiadomić i oddać zwierzę osobie od której je otrzymał.

2.Osoba adoptująca zobowiązuje się:

- traktować zwierzę zgodnie z Ustawą o ochronie zwierząt,

- powiadomić osobę oddającą zwierzę do adopcji w razie poważnej choroby, zaginięcia lub śmierci zwierzęcia,

- zapewnić zwierzęciu wyżywienie, czysta wodę i ciepłe schronienie,

- zapewnić wystarczającą ilość spacerów i wybiegu,

- nie wykorzystywać zwierzęcia do prac, polowania, walk albo tresowania do celów obronnych,

- zapewnić opiekę weterynaryjną w razie choroby, a także regularne szczepienia ochronne i odrobaczanie zgodne z zaleceniem lekarza weterynarii,

- w najdogodniejszy sposób (list, e-mail, telefon) udzielić informacji osobie oddającej zwierzę do adopcji o przystosowaniu się zwierzęcia do nowych warunków życia.

3. Osoba adoptująca psa musi posiadać niezbędne wyposażenie: obrożę (szelki), smycz, adresówkę, legowisko do spania, miski, pokarm.

4. Osoba oddająca zwierzę do adopcji, ma prawo skontrolować, w jakich warunkach zwierzę przebywa (wizyta u adoptującego), w przypadku stwierdzenia załamania warunków umowy adopcyjnej i zaniedbania zwierzęcia, ma prawo natychmiast odebrać zwierzę.

5. W przypadku aktów łamania istotnych postanowień niniejszej umowy, noszących znamiona czynu zabronionego, działając na podstawie art. 304§ 1 Kodeksu postępowania karnego, zawiadomi się właściwe organy ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Wraz ze zwierzęciem przekazywana jest książeczka, zawierająca datę szczepienia oraz informacje o zabiegach weterynaryjnych

Podpis osoby oddającej zwierzę Podpis osoby adoptującej

………………………………….. ………………………….

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu podpisania umowy adopcyjnej

………………………………..

(data, podpis)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Miejska Kostrzyn nad Odrą (adres ul. Graniczna 2 66-470 Kostrzyn nad Odrą, telefon 95 727 81 00)

2) W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: **inspektor@cbi24.pl**.

3) Dane osobowe będą przetwarzane w celu podpisania umowy adopcyjnej.

4) Dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

5) Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b) ww. Rozporządzenia.

6) Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.

7) Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,

- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. - Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

…………………………

podpis