Załącznik Nr 3 do uchwały Nr …………………….

Rady Gminy w Puszczy Mariańskiej

z dnia ………………………. 2025 roku

|  |
| --- |
|  **KARTA SKIEROWANIA NA ZABIEGI** |
| **Nr karty skierowania:**  |
| **Imię:**  |
| **Nazwisko:**  |
| **Adres:**  |
| **Rodzaj zabiegu do wykonania:**  |
|   | Sterylizacja/kastracja |
|   | Znakowanie mikroczipem  |
| **Płeć zwierzęcia:**  |
|   | SAMICA |
|   | SAMIEC  |
| **Kwota refundacji:**  |
|  |  |
|  |  |
| **Data wystawienia skierowania:**  |
| **UWAGA!** - karta skierowania ważna jest 10 dni od daty wystawienia, - sam zabieg powinien być wykonany niezwłocznie. |
|  |
| **Pieczątka Urzędu Gminy Puszcza Mariańska oraz podpis pracownika wystawiającego kartę skierowania:**  |