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:** | |