**OBRAZAC Z-K-S**

**ZAHTJEV ZA FINANCIRANJE TROŠKOVA KASTRACIJE/STERILIZACIJE**

**PASA I MAČAKA**

Ispunjava podnositelj Zahtjeva:

**PODACI O VLASNIKU:**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da sam vlasnik, odnosno posjednik dolje opisane životinje i pristajem da nadležne službe Grada Karlovca mogu tu činjenicu utvrditi očevidom na adresi mog prebivališta.

**OPIS ŽIVOTINJE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BROJ ČIPA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**USLUGA ZA KOJU SE TRAŽI FINANCIRANJE:**

1. Sterilizacija psa
2. Kastracija psa
3. Sterilizacija mačke
4. Kastracija mačke

**ZAHTJEVU PRILAŽEM:**

1. Presliku osobne iskaznice (obostrano)

POTPIS:

Ispunjava Upravni odjel za gospodarstvo, poljoprivredu i turizam:

Upravni odjel za gospodarstvo, poljoprivredu i turizam na temelju ovog Zahtjeva

**ODOBRAVA / NE ODOBRAVA**

(ime i prezime)

financiranje kastracije/sterilizacije za životinju u vlasništvu (posjedu) podnositelja zahtjeva

U Karlovcu, \_\_.\_\_. 2023.

**PROČELNICA:**

Daniela Peris struč. spec. oec.

**VAŽNO**: Termin sterilizacije odnosno kastracije potrebno je dogovoriti na sljedeće brojeve telefona:

Ambulanta TURANJ: 047 641-008

Ambulanta DUBOVAC: 047 648-075

Ambulanta REČICA: 047 713-001

Prilikom dolaska na zahvat potrebno je ponijeti ovaj ovjereni Zahtjev.

Ispunjava Veterinarska ustanova:

Kastracija/sterilizacija po ovom Zahtjevu obavljena je dana \_\_.\_\_.2023. godine

**ZA VETERINARSKU USTANOVU:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis i pečat

Veterinarska ustanova dužna je uz račun za izvršene usluge priložiti ovaj ovjereni zahtjev.