**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 Ozlja 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 podnositelja Zahtjeva:

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

**Ispunjava Jedinstveni upravni odjel Grada Ozlja**

Podnositelju zahtjeva

1. ODOBRAVA SE
2. NE ODOBRAVA SE

sufinanciranje usluge navedene u Zahtjevu pod (zaokružiti): 1) 2) 3) 4)

U Ozlju, \_\_.\_\_. 2025.

Pročelnica:

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

Mateja Klemenić, dipl. oec.

**VAŽNO**: Termin sterilizacije odnosno kastracije potrebno je dogovoriti sa odabranom veterinarskom organizacijom.

Prilikom dolaska na zahvat potrebno je veterinarskoj organizaciji ponijeti ovaj ovjereni Zahtjev.

**Ispunjava odabrana Veterinarska ustanova**

Kastracija/sterilizacija po ovom Zahtjevu obavljena je dana \_\_.\_\_.2025. godine

**ZA VETERINARSKU USTANOVU**

**(naziv:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Potpis i pečat

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