

**WNIOSEK O OTRZYMANIE WSPARCIA
ZE WZGLĘDU NA TRUDNĄ SYTUACJĘ MATERIALNĄ**

(dla właściciela / karmiciela zwierząt)*

A. WNIOSKUJĄCY O WSPARCIE:

imię i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Numer dowodu osobistego:	
Nr telefonu:	

Dane zwierzęcia, którego dotyczy wniosek:

1) Gatunek:	3) Wiek:
2) Płeć:	4) Wielkość (waga):

Wnioskuje o udzielenia wsparcia (zakreślić prawidłową opcję):

1) Rzeczowego (proszę opisać dokładnie, jakie wsparcie jest oczekiwane, np. karma sucha/mokra, żwirek, ilość, waga, jak często ma być udzielane wsparcie: jednorazowe/co miesiąc itp)

.....
.....

2) Zabieg sterylizacji / kastracji.

3) Realizację innego leczenia / wykonanie zabiegu:

a) proszę opisać dokładnie przyczynę wykonania zabiegu/leczenia:

.....

b) rodzaj zabiegu:

c) koszt zabiegu:

Oświadczenie wnioskującego o wsparcie:

1) Oświadczam, że jestem właścicielem/karmicielem* zwierzęcia, na którego wnioskuję o udzielenia powyższego wsparcia

2) Oświadczam, że posiadam trudną sytuację materialną : TAK / NIE

3) Oświadczam, że gospodarstwo domowe składa się z osób (proszę podać ilość)

4) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem z dnia 02.01.2020 z późniejszymi zmianami i akceptuję wszystkie jego punkty TAK / NIE

3) Jestem świadoma(-y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia: TAK / NIE

*niepotrzebne skreślić

B. UDZIELAJĄCY WSPARCIA

Fundacja Mam Pomysł

KRS 0000577643

ul. Pogodna 3

NIP 882 212 24 43

58-100 Świdnica

tel 790 241 451

Reprezentowana przez:

Formy udzielenia wsparcia:

1) Rzeczowego: rzeczy zostaną przekazane w terminie na terenie Schroniska dla Bezdomnych Zwierząt w Świdnicy, przy ulicy Pogodnej 3, w godzinach pracy schroniska

2) Zabieg sterylizacji / kastracji zostanie wykonany w gabinecie:

Gabinet Weterynaryjny LISEK

Lek.wet. Joanna Lisowska-Michalewicz

ul. Pogodna 3, 58-100 Świdnica (przy schronisku)

Tel: 794 499 519

3) Realizacja innego leczenia / wykonania zabiegu - w gabinecie jw. , chyba że zostanie podjęta inna decyzja, poniżej należy wpisać wskazany gabinet

.....

Formy rozliczenia wsparcia:

1) Na podstawie protokołu przekazania rzeczy

2) Przelewem na adres wskazanego gabinetu weterynaryjnego na podstawie faktury wystawionej na adres fundacji.

3) Zwrot kosztów leczenia na podstawie opłaconej faktury wystawionej na adres fundacji

Dane do wystawienia faktury:

FUNDACJA MAM POMYSŁ ul. Pogodna 3, 58-100 Świdnica, NIP 8822122443

UWAGI DODATKOWE DO WNIOSKU:

Wyrażam / nie wyrażam zgodę na udzielenie wsparcia

.....

data i podpis udzielającego wsparcia

Uwagi:

Część A - wypełnia WNIOSKUJĄCY O WSPARCIE, część B - wypełnia UDZIELAJĄCY WSPARCIE

*niepotrzebne skreślić