

ZAHTJEV ZA ODOBRENJEM
SUFINANCIRANJA TROŠKOVA STERILIZACIJE I KASTRACIJE PASA I MAČAKA

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA:

Ime i prezime:

Adresa:

OIB:

Telefon/e-mail:

Izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da sam vlasnik dolje opisane životinje te pristajem da nadležne službe Grada Garešnice navedenu činjenicu po potrebi utvrde i na mjestu mog prebivališta odnosno na drugi odgovarajući način.

Ime, opis i spol te broj čipa životinja za koje se zahtjev podnosi:

Potpis podnosioca zahtjeva