

Rodzaj wniosku Type of Application

Nowy New
 Przedłużenie Renewal
 Zawieszka zastępcza Replacement Tag

Informacje dot. właściciela psa Dog Owner's Information

Imię First Name																				
Nazwisko Last Name																				
Adres 1 Address 1																				
Adres 2 Address 2																				
Dzielnica Borough																				
Kod pocztowy Zip Code																				
Nr telefonu Phone #																				
E-mail E-mail																				

Informacje dot. psa Dog's Information

Imię psa Dog's Name																				
Rasa psa Primary Breed																				
Przeważający kolor Primary Color																				
Drugi kolor Secondary Color																				
Trzeci kolor Third Color																				
Płeć Gender	<input type="checkbox"/> Pies Male <input type="checkbox"/> Suka Female																			
Nr zawieszki Tag #																				
Nr mikroczipa Microchip #																				
Miesiąc i rok urodzenia Month and Year of Birth																				
	Miesiąc (MM)												Rok (RRRR)							

Czy pies jest szczepiony na wściekliznę? Did your dog receive rabies vaccine?

<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No		Wypełnić wyłącznie w przypadku zmiany informacji dotyczących szczepionki przeciwko wściekliznie.																		
Data szczepienia Date of Vaccine	Miesiąc (MM)				Dzień (DD)				Rok (RRRR)				Okres ważności Duration		<input type="checkbox"/> 1 rok		<input type="checkbox"/> 3 lata			
Imię i nazwisko weterynarza Vet's Name																				
Adres Address																				
Miasto City																				
Kod pocztowy Zip Code																				
	Nr telefonu Phone #																			

Czy pies został wysterylizowany? Is your dog spayed or neutered?

Tak
Yes

Nie
No

Wypełnić wyłącznie w przypadku nieprzedłożenia wcześniej dowodu zabiegu do wydziału zdrowia.

Data zabiegu Date of Surgery	Miesiąc (MM)	Dzień (DD)	Rok (RRRR)	
Imię i nazwisko weterynarza Vet's Name				
Adres Address				
Miasto City				Stan State
Kod pocztowy Zip Code		-	Nr telefonu Phone #	

Składając niniejszy wniosek, oświadczam także, że przekazane informacje są dokładne. Potwierdzam również, że składanie fałszywych oświadczeń w niniejszym wniosku stanowi naruszenie punktu 3.19 kodeksu zdrowia publicznego NYC oraz innych obowiązujących przepisów i może pociągać za sobą kary i grzywny przewidziane prawem cywilnym i karnym, a także unieważnienie wszelkich wydanych zezwoleń.

Podpis

Data

Wybierz typ zezwolenia, liczbę lat obowiązywania zezwolenia oraz opłatę za spóźnienie i/lub zawieszkę zastępczą, jeśli ma zastosowanie.

Oplaty Fees	1 rok	2 lata	3 lata	4 lata	5 lat
Wysterylizowany, w dowolnym wieku Spayed or Neutered, Any Age	<input type="checkbox"/> 8,50 \$	<input type="checkbox"/> 17,00 \$	<input type="checkbox"/> 25,50 \$	<input type="checkbox"/> 34,00 \$	<input type="checkbox"/> 42,50 \$
A Niewysterylizowany, ponad 4 miesiące Non-Spayed or Neutered, Over 4 Months Old	<input type="checkbox"/> 34,00 \$	<input type="checkbox"/> 68,00 \$	<input type="checkbox"/> 102,00 \$	<input type="checkbox"/> 136,00 \$	<input type="checkbox"/> 170,00 \$
Niewysterylizowany, mniej niż 4 miesiące Non-Spayed or Neutered, Under 4 Months Old	<input type="checkbox"/> 8,50 \$				
B Opłata za spóźnienie w przypadku upływu ważności zezwolenia Late Fee for Expired License	<input type="checkbox"/> 2,00 \$ x każdy rok nieprzedłużenia = _____ \$ <input type="checkbox"/> Nie dotyczy N/A				
C Zawieszka zastępcza Replacement Tag	<input type="checkbox"/> 1,00 \$ <input type="checkbox"/> Nie dotyczy N/A			Łączna należność Total Due (A + B + C + D) = _____ \$	
D Darowizna ACC ACC Donation	_____ \$ <input type="checkbox"/> Nie dotyczy N/A				

Wyłącznie do użytku oficjalnego

License Number: _____ License Fee: _____