

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Nazwisko i imię właściciela psa)

.....
(Ulica nr domu/nr mieszkania – Adres zamieszkania)

.....
(Kod pocztowy, miejscowość)

.....
Identyfikator Podatkowy (PESEL)

.....
(Nr telefonu)

**Prezydent Miasta Konina
Plac Wolności 1
62-500 Konin**

Informuję, że dnia-.....- r. mojemu psu¹ został wszczepiony identyfikator w postaci czipa, dlatego w 2017 r. podlegam opłacie od posiadania psów w kwocie 30,00 zł na podstawie § 1 ust. 2 uchwały nr 398 Rady Miasta Konina z dnia 26 października 2016 roku w sprawie wprowadzenia opłaty od posiadania psów. W zw. z art. 18a ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. 2016 r. poz. 716 ze zm.). Na dowód powyższego przedkładam dokumenty potwierdzające wszczepienie czipa oraz datę jego wszczepienia.

W latach następnych podlegam opłacie od posiadania psów zgodnie z obowiązującą na dany rok uchwałą Rady Miasta Konina.

W razie zaistnienia okoliczności mających wpływ na powstanie lub wygaśnięcie obowiązku zapłaty opłaty od posiadania psów, zobowiązuję się powiadomić tut. urząd w terminie 14 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

.....
(podpis)

¹ W przypadku posiadania więcej niż jednego psa, formularz należy wypełnić na każdego psa osobno.