



Prime communale pour la stérilisation des chats domestiques

Formulaire

À renvoyer dans les 3 mois après la consultation et au maximum au 31 décembre de l'année en cours, à :

Administration communale de Saint-Gilles

Cellule Bien-être animal

MaisonEcoHuis

Rue du Fort 33 - 1060 Bruxelles

02 533 95 90 ou à maisonecohuis@stgilles.brussels

1. Données relatives au demandeur·euse

Prénom et nom :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Compte bancaire :

Je bénéficie du statut BIM : ☐ Oui ☐ Non

Si non, mon revenu annuel* est de

*Vous trouverez votre revenu annuel sur votre AER (Avertissement-extrait de rôle) dans la section «Revenus professionnels imposables globalement»

2. Données relatives à la stérilisation

Sexe : ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées du vétérinaire :

Prénom et nom :

Adresse :

Date de la stérilisation :

Prix de la stérilisation :

3. Documents à joindre

1. Copie de la note d'honoraires émise par le vétérinaire, avec mention du soin effectué (stérilisation)
2. Copie de la carte d'identité du demandeur
3. Preuve d'identité bancaire (tout document officiel sur lequel figure tant le nom du demandeur que le numéro de compte, par exemple le recto de la carte de banque)
4. Copie des informations reprises sur la puce de l'animal, si d'application
5. Pour la vérification de la condition de revenus, SOIT :
 - Une copie du dernier avertissement-extrait de rôle du propriétaire, OU
 - Une attestation de la mutuelle relative au statut BIM
6. Composition de ménage émise maximum 1 mois avant la demande.

J'autorise l'administration communale de Saint-Gilles à traiter mes données dans le cadre de cette demande.

Pour toute information concernant ce traitement de données à caractère personnel, vous pouvez nous contacter à dpo@stgilles.brussels ou par courrier à Place Van Meenen, 39 1060 Saint-Gilles.

- ☐ Je certifie que les données renseignées dans le présent formulaire sont sincères et complètes.
- ☐ Je confirme être informé-e du fait que la communication de toute information inexacte ou frauduleuse entraînera l'obligation de rembourser l'intégralité de la prime reçue.

Fait à le/...../.....

Signature demandeur·euse :