

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU MÉDECIN VÉTÉRINAIRE ATTITRÉ

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE	
Nom du médecin vétérinaire :	Numéro d'identification ministériel :
Nom de la clinique :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
	Adresse courriel :

Je, soussigné \_\_\_\_\_,  
*Nom du médecin vétérinaire (en lettres moulées)*

accepte de veiller à l'application du Programme québécois d'attestation sanitaire des exploitations piscicoles productrices de salmonidés en accompagnant l'exploitation piscicole suivante :

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPLOITATION	
Nom de l'exploitation :	Nom du représentant :
Adresse :	Téléphone :
	Télécopieur :
	Adresse courriel :

**En tant que médecin vétérinaire attitré, je déclare avoir pris connaissance de tous les éléments du Programme et je m'engage à en respecter toutes les modalités d'application ainsi que les exigences qui en découlent.**

\_\_\_\_\_  
*Signature du médecin vétérinaire*

\_\_\_\_\_  
*Date (jj/mm/aaaa)*

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à la personne responsable du Programme au MAPAQ :

**D<sup>re</sup> Chantal Proulx, m. v.**

Direction de la santé animale

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation

200, chemin Sainte-Foy, 11<sup>e</sup> étage

Québec (Québec) G1R 4X6

Téléphone : 418 380-2100, poste 3948

Télécopieur : 418 380-2201

Courriel : [chantal.proulx@mapaq.gouv.qc.ca](mailto:chantal.proulx@mapaq.gouv.qc.ca)