

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^{re} Karine Rondeau, m. v.

Direction de la santé animale

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

200, chemin Sainte-Foy, 11^e étage

Québec (Québec) G1R 4X6

Téléphone : 418 380-2100, poste 3114

Télécopieur : 418 380-2201

Courriel : karine.rondeau@mapaq.gouv.qc.ca