



ANNEXE CONSENTEMENT DU VÉTÉRINAIRE SANITAIRE DÉSIGNÉ PAR LE DÉCLARANT

ENGAGEMENT DU VÉTÉRINAIRE SANITAIRE

Je soussigné(e) ,

Nom : _____ ; Prénom : _____ ,

Docteur Vétérinaire, né(e) le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à _____ ,

accepte d'être désigné vétérinaire sanitaire de l'établissement faisant l'objet de la présente déclaration.

Je certifie :

- Ne pas avoir d'intérêt financier dans l'établissement faisant l'objet de la présente déclaration ;
- Être en mesure d'assurer le bon exercice de mes missions dans des conditions techniques et des délais satisfaisants, y compris en cas d'urgence sanitaire ;

Signature et tampon du vétérinaire :