

à
Direction départementale de la protection des populations
Immeuble « Le Modem »
16 rue Traversière
95035 CERGY PONTOISE Cedex

Réf. Conditions d'attribution et d'exercice du mandat sanitaire.
Articles L.221-11 à L.221.13 et R.221-4 à R.221-16 du Code Rural.

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU MANDAT SANITAIRE

Je soussigné (e) - nom, prénom :

adresse du domicile professionnel :

département :

sollicite l'attribution du mandat sanitaire pour

l'ensemble (1)

une partie (1)

du département du VAL D'OISE

à titre de :

renouvellement (1)

1ère demande : ouverture de Cabinet, association, assistantat, remplacement (1)

m'engage :

- d'une part,

à respecter les prescriptions techniques édictées par le Ministre de l'Agriculture et ses représentants pour l'exécution des opérations de prophylaxie collective et de police sanitaire des maladies des animaux dirigées par l'Etat, ainsi que les tarifs de rémunération y afférents.

- d'autre part,

à rendre compte à la Direction départementale de la protection des populations de l'exécution des missions et des difficultés éventuellement rencontrées à cette occasion.

Pièces jointes :

- copie conforme de l'inscription au tableau de l'Ordre des Vétérinaires pour l'année en cours ou certificat d'habilitation (= déclaration d'exercice professionnel OU déclaration d'assistant - remplaçant élève ou vétérinaire non thésé) à l'assistance ou au remplacement de Vétérinaire Sanitaire inscrit au tableau.
(délivrés par le Président du Conseil Régional de l'Ordre de Paris-Ile de France, 34 rue Bréguet à 75011 PARIS, Tél. 01.47.00.12.89).
- extrait de casier judiciaire datant de moins de 3 mois, délivré par le Ministre de Justice (Casier judiciaire national, 107 Rue de Landreau à 44079 Nantes Cedex - Tél. 02.51.89.89.51).*
- pour les docteurs vétérinaires, photocopie du diplôme.

Date, signature

* à formuler par écrit en joignant photocopie de pièce d'identité (délai de 10 jours)

(1) Entourer la mention utile et préciser le cas échéant.