

**CONVENTION DE CESSION
DES EFFETS D'UN MÉDECIN VÉTÉRINAIRE**

Règlement sur les effets et les cabinets de consultation des médecins vétérinaires

Je, _____ ,
(nom du cessionnaire) (n° de permis)

exerçant la profession de médecin vétérinaire à _____
(nom de l'établissement vétérinaire)

situé au _____ (n° de
(adresse du lieu d'exercice principal, ville, province et code postal) téléphone)

consens à ce que Dr _____ ,
(nom du médecin vétérinaire qui cède ses effets) (n° de permis)

exerçant la profession de médecin vétérinaire à _____
(nom de l'établissement vétérinaire)

situé au _____ ,
(adresse du lieu d'exercice principal, ville, province et (n° de téléphone)
code postal)

conformément aux dispositions du *Règlement sur les effets et les cabinets de consultation des
médecins vétérinaires*, me cède ses effets

en date du _____ en raison de _____
(motif)

En foi de quoi, j'ai signé à _____ , ce _____
(ville) (date)

Cessionnaire

Cédant