

Renseignements personnels du déclarant

Nom : _____ Prénom : _____
Numéro de permis : _____

Changement de nom de l'établissement vétérinaire

Nom actuel de l'établissement : _____
Nouveau nom de l'établissement : _____
Adresse de l'établissement : _____
Numéro de téléphone de l'établissement : _____
Adresse courriel de l'établissement : _____
Date d'entrée en vigueur du nouveau nom* : _____
** Il ne peut s'agir d'une date antérieure à la date de signature du présent formulaire*

Signature du médecin vétérinaire

Date

**Veillez transmettre ce document signé à admission@omvq.qc.ca
au plus tard dans les 30 jours suivant ce changement.**

