



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DES PYRENEES-ATLANTIQUES

A renvoyer à la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP)

Formulaire de mise à jour des informations du vétérinaire sanitaire

(suite aux modifications apportées à l'exercice du mandat sanitaire qui devient une habilitation sanitaire)

I. IDENTIFICATION DU VETERINAIRE SANITAIRE :

Nom :
 Prénom (s) :
 Date de naissance :
 N° d'Ordre :
 Adresse électronique :

Domicile professionnel administratif (DPA) :

Adresse :
 Code postal : Commune :
 N° SIRET :
 Adresse électronique :
 Téléphone fixe :
 Téléphone mobile :
 Télécopie :

II. IDENTIFICATION DES LIEUX D'EXERCICE VETERINAIRE (domiciles professionnels d'exercice - DPE)

Dénomination :	Dénomination :
N°SIRET :	N°SIRET :
N° Ordre :	N° Ordre :
Adresse :	Adresse :
CP : Commune :	CP : Commune :
Adresse électronique:	Adresse électronique:
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :

III. MODALITES D'EXERCICE :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Établi en France | <input type="checkbox"/> Exercice en libre prestation de service |
| <input type="checkbox"/> Exercice libéral | <input type="checkbox"/> Salarié |
| <input type="checkbox"/> Exercice individuel | <input type="checkbox"/> Exercice en association |

IV. DECLARATION D'ACTIVITES :

Activités majeures :

- Animaux de compagnie
 Ruminants
 Equins
 Suidés
 Volailles
 Lagomorphes
 Apiculture
 Aquaculture
 Faune sauvage captive

Activités mineures :

- Animaux de compagnie
 Ruminants
 Equins
 Suidés
 Volailles
 Lagomorphes
 Apiculture
 Aquaculture
 Faune sauvage captive

V. AIRE GEOGRAPHIQUE D'EXERCICE DE L'HABILITATION SANITAIRE :

- Habilitation sanitaire classique : - département :
 - département :
 - département :
 - département :
 - département :
 Habilitation sanitaire spécialisée (exercice national)

Je soussigné(e), Docteur Vétérinaire, demande la prise en compte des informations ci-dessus pour la mise à jour de mon habilitation sanitaire (anciennement « mandat sanitaire ») pour exécuter dans l'ensemble des départements déclarés ci-dessus les missions dédiées aux vétérinaires sanitaires en application de l'article L. 203-1 du code rural et de la pêche maritime.

Je confirme mon engagement à :

- respecter les obligations relatives aux conditions d'exercice de l'habilitation sanitaire mentionnées notamment aux articles L. 203-6, L. 223-5, R. 203-2, R. 203-7, R.203-11 à R.203-13, R.223-13 ;
- respecter les prescriptions techniques, administratives et le cas échéant financières édictées par le Ministre chargé de l'Agriculture et ses représentants pour l'exécution des opérations réalisées dans le cadre de mon habilitation sanitaire ;
- concourir à la demande de l'autorité administrative, à l'exécution des opérations de police sanitaire mentionnées au I de l'article L. 203-8 concernant les animaux pour lesquels j'ai été désigné comme vétérinaire sanitaire ;
- tenir à jour les connaissances nécessaires à l'exercice de mon habilitation.
- à rendre compte au Directeur départemental en charge de la protection des populations de l'exécution de mes missions et des difficultés que je pourrais éventuellement rencontrer lors de leur exécution.

Date : le

Nom-prénom-signature