



## 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 :**