

Formulaire d'inscription du médecin vétérinaire

Programme intégré de santé animale du Québec

Formulaire d'inscription du médecin vétérinaire au volet 3 : Appui à l'accessibilité des services vétérinaires et au sous-volet 4.1 : Appui aux projets individuels visant l'adoption de bonnes pratiques

Instructions

Pour que les services qu'il rend dans le cadre d'un projet soient admissibles au volet 3 et au sous-volet 4.1, le médecin vétérinaire doit d'abord s'inscrire au Programme intégré de santé animale du Québec en acheminant au ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation le présent formulaire d'inscription. L'omission de s'inscrire au Programme rendra inadmissibles les relevés vétérinaires soumis dans le cadre de ce volet et ce sous-volet.

Les renseignements personnels et confidentiels que le médecin vétérinaire fournira au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) ainsi que les informations que celui-ci consignera à son dossier seront protégés et ne pourront être communiqués qu'en conformité avec la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1) (Loi). Seul le personnel du MAPAQ y aura accès, selon les dispositions prévues par la Loi. Les renseignements demandés serviront à l'administration ainsi qu'à la saine gestion et à la reddition de comptes du Programme. Ils ont ainsi un caractère obligatoire et le refus de les fournir entraînera l'irrecevabilité de l'inscription.

Le médecin vétérinaire peut consulter les renseignements personnels et confidentiels le concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger, selon les dispositions prévues par la Loi.

Renseignements sur le médecin vétérinaire, son établissement et sa pratique

1. Renseignements sur le médecin vétérinaire

Nom du médecin vétérinaire	Prénom du médecin vétérinaire	Numéro d'identification ministériel (NIM) <i>(Laisser vide dans le cas d'une nouvelle inscription)</i>
Adresse courriel du médecin vétérinaire	Année d'obtention du diplôme	Numéro de permis
Numéro d'assurance sociale	Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone (autre)
Adresse de correspondance, si elle diffère de celle de l'établissement vétérinaire (numéro, rue).		Appartement
Ville/Municipalité	Province	Code postal

2. Renseignements sur l'établissement vétérinaire¹

Nom de l'établissement vétérinaire	Numéro d'identification ministériel (NIM)	Indice de fragilité de l'établissement vétérinaire (IFEV)

¹ Lieu de pratique du médecin vétérinaire. Ce lieu doit être situé au Québec et être conforme aux exigences de la Loi sur les médecins vétérinaires (RLRQ, chapitre M-8) de même que du Code des professions (RLRQ, chapitre C-26). Il est réputé être le bureau où le médecin vétérinaire :

- exerce principalement sa pratique auprès des espèces admissibles et depuis lequel il facture ses services;
- entpose majoritairement les médicaments requis dans l'exercice de sa profession;
- effectue la gestion administrative de sa pratique;
- commence la majorité de ses déplacements vers les exploitations agricoles constituant sa clientèle.

Adresse telle qu'elle est inscrite au Registre des entreprises du Québec, le cas échéant

Région administrative

Ville/Municipalité	Province	Code postal
Adresse courriel de l'établissement	Numéro de téléphone	Nom du répondant

3. Renseignements sur la pratique du médecin vétérinaire

Domaines de pratique : cocher la ou les cases correspondant aux espèces admissibles pour lesquelles vous êtes disposé à intervenir.

<u>Bovins</u> 10 - Laitiers de moins de 3 mois 11 - Laitiers de 3 mois et plus 12 - Laitiers de 18 mois et plus 15 - Boucherie adultes 16 - Boucherie veaux 17 - Boucherie en parc 18 - Veaux de lait 19 - Veaux de grain <u>Porcins</u> 20 - Porcins reproducteurs 21 - Porcelets en présevrage 22 - Porcelets post-sevrage 23 - Porcelets à l'engrais	<u>Équins</u> 30 - Équins de moins de 24 mois 31 - Équins de 24 mois et plus <u>Ovins</u> 40 - Ovins adultes 41 - Agneaux 42 - Engrais <u>Caprins</u> 45 - Chèvres adultes 46 - Chevreaux 47 - Engrais	<u>Aviaire</u> 50 - Poules pondeuses 51 - Poulets de chair 52 - Dindes 53 - Dindons de chair 54 - Aviaires autres 55 - Autruches 56 - Émeus <u>Visons</u> 60 - Visons reproducteurs 61 - Visonneaux <u>Lapins</u> 65 - Lapins reproducteurs 66 - Lapereaux 67 - Engrais	<u>Autres</u> 62 - Renards 63 - Abeilles 64 - Poissons 70 - Wapitis 71 - Cerfs 72 - Sangliers 73 - Bisons 74 - Lamas 75 - Alpagas 80 - Autres, veuillez préciser :
--	---	--	---

Engagements du médecin vétérinaire

Je m'engage à obtenir, pour tout service faisant l'objet d'une demande d'aide financière dans le cadre du volet 3 et du sous-volet 4.1 du Programme intégré de santé animale du Québec, le consentement de l'exploitant concernant les points suivants :

- À ce que le médecin vétérinaire reçoive directement, au nom de l'exploitant, l'aide financière qui lui est destinée, selon les paramètres prévus au Programme.
- À ce que le relevé vétérinaire et les renseignements qui y sont contenus, soit l'identité de l'exploitant, la nature des services reçus et les informations de facturation, soient transmis au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) aux fins d'administration du Programme.
- À ce que le MAPAQ communique avec l'exploitant en cas de besoin concernant les services reçus.

Attestation, consentement et signature

- J'atteste avoir pris connaissance du texte du Programme intégré de santé animale du Québec, particulièrement du volet 3 et du sous-volet 4.1, et je m'engage à respecter chacune des clauses, conditions et obligations qui y sont décrites et à fournir les informations requises pour l'identification et l'évaluation du projet.
- Je comprends que le non-respect de l'une ou l'autre des conditions et obligations du Programme pourrait avoir pour conséquence l'une ou plusieurs des situations suivantes : le refus en tout ou en partie de l'aide financière réclamée, la réévaluation à la baisse ou l'annulation de celle-ci, le remboursement obligatoire des sommes déjà versées, leur remboursement par compensation, la résiliation de l'inscription au Programme.
- Je comprends que toute demande d'aide financière dans le cadre du Programme est conditionnelle à son acceptation par le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, sous réserve des disponibilités budgétaires.
- Je consens à ce que les renseignements demandés et recueillis dans le contexte d'une demande d'aide financière soient vérifiés, utilisés, regroupés ou divulgués à des fins d'analyse ou de gestion du Programme, dans la mesure où la confidentialité des renseignements personnels est protégée conformément aux lois en vigueur.
- Je consens, le cas échéant, à donner un accès à mon entreprise de même qu'à l'ensemble des renseignements qui s'y rapportent aux représentants ou aux mandataires du ministre afin de vérifier l'admissibilité, la réalisation et la conformité du projet ainsi que le respect des exigences relatives à une demande d'aide financière.
- Je m'engage, pour la durée de mon inscription au Programme, à me conformer à toute loi ou tout règlement applicable, en particulier les lois et règlements qui sont sous la responsabilité du ministre.
- J'atteste qu'il n'existe, à ma connaissance, aucune réclamation, poursuite ni plainte civile ou pénale de quelque nature et pour quelque montant que ce soit qui pourrait m'empêcher d'exécuter mes obligations envers le ministre dans l'éventualité où ce dernier accepte le projet.

J'ai lu et compris les dispositions d'attestation et de consentement ci-dessus.

Prénom et nom

Signature

Date

Transmission des documents

Veuillez transmettre ce formulaire ainsi que tous les documents requis à l'adresse courriel писаq@mapaq.gouv.qc.ca.

Coordonnées pour nous joindre

Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez consulter la page Web [Québec.ca/programme-santé-animale](http://Quebec.ca/programme-santé-animale) ou communiquer avec nous par courriel à l'adresse suivante : писаq@mapaq.gouv.qc.ca