

NOUVELLE INSCRIPTION

DEMANDE DE MODIFICATION

Nom du demandeur :		NIM du demandeur* : Obligatoire pour toute demande de modification * Un seul NIM par formulaire. Inscrire le NIM pour lequel une modification est nécessaire.										
N°. permis :		NIM de la clinique : Uniquement pour membre du programme PISAQ										
Type de demandeur : Membre du programme PISAQ Non-membre du programme PISAQ												
COORDONNÉES PERSONNELLES DU DEMANDEUR		COORDONNÉES PROFESSIONNELLES DU DEMANDEUR										
Adresse :		Adresse :										
Code postal :		Code postal :										
Téléphone :		Téléphone :										
Courriel :		Télécopieur :										
		Courriel :										
		Courriels pour la transmission des rapports de laboratoire (max. 3) :										
		Courriel 1 :										
		Courriel 2 :										
		Courriel 3 :										
CHOIX DU MODE DE TRANSMISSION DES RAPPORTS DE LABORATOIRE												
* Cochez au maximum 2 choix		<table><tr><td></td><td>DEMANDEUR</td><td>CLINIQUE Uniquement pour membre du programme PISAQ</td></tr><tr><td>Par courriel</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Par télécopie</td><td></td><td></td></tr></table>			DEMANDEUR	CLINIQUE Uniquement pour membre du programme PISAQ	Par courriel			Par télécopie		
	DEMANDEUR	CLINIQUE Uniquement pour membre du programme PISAQ										
Par courriel												
Par télécopie												
Commentaires :												
J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et qu'ils peuvent servir d'information au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation aux fins d'identification et de statistiques. Conformément aux stipulations du chapitre III de la <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i> , le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec vous informe que les renseignements nominatifs recueillis sur cette fiche seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu'aux seules personnes ou organismes autorisés selon les modalités prévues à la Loi sur l'accès, article 67, 67.2 et 68.1.												
Signature du demandeur :		Date :										
TRANSMISSION DU FORMULAIRE												
RETOURNER À :	Direction de la santé et du bien-être des animaux Télécopieur : 418 380-2169 Courriel : pisag@mapaq.gouv.qc.ca Pour tout renseignement : 418 380-2100, poste 3805											

RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES ANIMAUX – MAPAQ

NIM (Numéro d'identification ministériel) : _____

Approuvé par : _____ Le : _____

Année – mois – jour