



1. RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS (MÉDECIN VÉTÉRINAIRE)

Nom et prénom : _____

Nom de la clinique vétérinaire : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Champ de pratique (veuillez cocher toutes les cases appropriées) :

Animaux de compagnie Aviaire Bovin Équin Petits ruminants Porcin

Autre (précisez) : _____

2. GROUPE DE DISCUSSION

Je souhaite m'inscrire pour faire partie du groupe de discussion en ligne vetbasse-cour@mapaq.gouv.qc.ca : OUI NON

Courriel (si l'adresse diffère de celle qui est indiquée à la section 1) : _____

3. DIFFUSION DES RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Les coordonnées de la personne inscrite (nom, prénom, nom de la clinique, municipalité et téléphone) seront rendues publiques pour les propriétaires d'élevage de basse-cour. Elles seront publiées dans le site Internet de l'Équipe québécoise de contrôle des maladies avicoles (section « Élevage de basse-cour ») ou dans les sites d'autres partenaires du Réseau aviaire.

Cochez la case qui suit si vous ne voulez pas que vos coordonnées soient publiées dans Internet :

Signature : _____ Date : _____

Envoyez le formulaire dûment rempli soit par courriel à l'adresse centraledesignalement@mapaq.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 418 380-2201.