

Formulaire d'inscription au groupe piscicole *Associé au réseau piscicole du MAPAQ*

1. Renseignements professionnels (médecin vétérinaire)

Nom et prénom :

Numéro de permis :

Courriel :

Lieu d'exercice (clinique) :

Adresse :

Téléphone :

Service en pisciculture offert :

Oui

Spécifier la ou les régions couvertes :

Abitibi-Témiscamingue

Bas-Saint-Laurent

Capitale-Nationale

Centre-du-Québec

Chaudière-Appalaches

Côte-Nord

Estrie

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Lanaudière

Laurentides

Laval

Mauricie

Montérégie

Montréal

Nord-du-Québec

Outaouais

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Non

2. Liste de discussion

Je souhaite m'inscrire à la liste de discussion en ligne vetpoisson@mapaq.gouv.qc.ca.

Oui

Non

Signature :

Date :

Transmettre par courriel à animaux@mapaq.gouv.qc.ca, ou
par télécopieur au 418 380-2201.