

DÉCLARATION D'EXERCICE

Vétérinaire à Domicile

-Nom du déclarant :

-N° d'Ordre : -N° d'Ordre société :

-Dénomination ou raison sociale de la société (cf. Kbis):

-Nom commercial le cas échéant (cf. Kbis) :

-Adresse du DPE :

-Tel : -Email :

-N° SIRET : -N° SIREN :

Je soussigné(e), atteste que, conformément à l'article R242-57 du Code de Déontologie Vétérinaire, j'exerce mon activité exclusivement à domicile.

► Le cas échéant, autres vétérinaire(s) exerçant(s) au sein de la société, quel que soit leur statut (associé **ASS**, collaborateur libéral **Collib**, salarié **Sal**) :

Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	

Local de stockage des médicaments

Respect des conditions d'élimination des déchets de soins

Matériel de stérilisation adéquat : (autoclave de série B ou S, chaleur sèche type Poupinel)

Radio portable (le cas échéant)

- Le générateur RX a été déclaré à l'ASN
- La PCR interne a été désignée

Identité de la PCR (*) :

ANTICANCÉREUX à profil CMR

Je déclare savoir que je ne peux ni commander, ni détenir, ni administrer, ni délivrer d'anticancéreux CMR

SITE INTERNET (déclaration au Conseil régional de l'Ordre obligatoire art. R242-72 du CDD)

- Adresse du site internet :

- Webmestre :

- Adresse email du Webmestre :

► Remarque : les sites internet de type Facebook, Twitter, blog ... sont assimilés à des sites internet et doivent aussi être déclarés.

ESPÈCES SOIGNÉES

► Quelles sont les espèces soignées ? AC NAC AR Eq
(Animaux de compagnie (**AC**), NAC (**NAC**), Animaux de Rente (**AR**), Equins (**Eq**))

► Quel(s) vétérinaire(s) traite(nt) quelle(s) espèce(s) ?

Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DE SOINS (PCS)

	Effectuée	Service de garde	Convention PCS
Lundi au vendredi			
Nuit de semaine			
Dimanche/jours fériés			
Nuit de WE			

Le cas échéant, joindre le Règlement Intérieur du Service de Garde et/ou la (les) convention(s) de PCS passée(s) avec les autres ESV.

Nom du Service de Garde :

ESV concernés par des conventions de PCS :

-

-

-

-

-

CONDITIONS GENERALES DE FONCTIONNEMENT (CGF) : FACULTATIF

Il est conseillé mais non obligatoire d'établir vos conditions générales de fonctionnement que vous tiendrez également à disposition de votre clientèle.

Pièces jointes :

- Décision(s) d'autorisation ASN*
- Certificat de suivi de formation PCR*
- Convention(s) de Permanence et de Continuité des Soins*
- Règlement Intérieur du service de garde*
- Conditions Générales de Fonctionnement*

Fait à

, le

(Signature et cachet du déclarant)