



**Service de la
consommation et des
affaires vétérinaires**

Affaires vétérinaires

Ch. des Boveresses 155
1066 Epalinges

DEMANDE D'AUTORISATION

en application de l'art. 85 de la loi sur la santé publique du 29 mai 1985

Nom, prénom et adresse :

.....
.....

demande l'autorisation de se faire remplacer par :

(nom, prénom et adresse du remplaçant)

.....
.....

titulaire d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant dans le canton de Vaud

ou dans un autre canton (précisez lequel :.....)

Remplacement temporaire pour cause de :

.....

du :..... au :.....

En cas de décès, de maladie grave ou de force majeure, le département peut autoriser l'assistant d'un médecin-vétérinaire à diriger le cabinet du titulaire pour une durée déterminée qui, en règle générale, ne dépassera pas une année (art. 85, al. 3 LSP).

Lieu et date :

Signature du titulaire :

.....

Document à envoyer au SCAV-Affaires vétérinaires avant tout remplacement