



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

Affaires vétérinaires
Ch. des Boveresses 155
Case postale 68
1066 Epalinges

Déclaration

Le/la soussigné/e, demandeur d'une autorisation de pratiquer la médecine vétérinaire **à titre indépendant** dans le canton de Vaud, déclare :

- avoir son propre cabinet vétérinaire
- être indépendant sur les plans technique et économique

au sens des art. 34 et suivants de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 et de l'art. 75 de la Loi sur la santé publique du 29 mai 1985.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse privée: Tél. no :

No postal : Localité :

Raison sociale et adresse du cabinet vétérinaire :

.....

Adresse e-mail du cabinet :

Tél. prof. no : Fax no :

Lieu et date : Signature :

**Document à joindre à la demande d'autorisation de pratiquer
la médecine vétérinaire et à envoyer au SCAV-Affaires vétérinaires**