

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE OU
UTILISATION ILLÉGALE DU TITRE DE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

Demandeur d'enquête (vos coordonnées)

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Courriel :	
Téléphone :	
Autorisez-vous l'Ordre à vous transmettre toute correspondance par courriel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Souhaitez-vous conserver votre anonymat ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Personne ou entreprise visée par la demande

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Courriel :	Facebook :
Téléphone :	Site internet :
Autres informations pertinentes (par exemple : poste occupé, titre professionnel) :	

Nom de l'entreprise :	
Adresse :	
Courriel :	Facebook :
Téléphone :	Site internet :
Autres informations pertinentes (par exemple : secteur d'activité de l'entreprise) :	

Infraction signalée (cochez le ou les énoncés pertinents)

Dentisterie :	<input type="checkbox"/> Détartrage	<input type="checkbox"/> Râpage de dents	<input type="checkbox"/> Examen des dents	<input type="checkbox"/> Autre	
Interventions chirurgicales :	<input type="checkbox"/> Stérilisation	<input type="checkbox"/> Taille de queue	<input type="checkbox"/> Taille d'oreille	<input type="checkbox"/> Dégriffage	<input type="checkbox"/> Autre
Thérapies complémentaires :	<input type="checkbox"/> Acupuncture	<input type="checkbox"/> Ostéopathie	<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Chiropractie	<input type="checkbox"/> Autre
Interventions médicales :	<input type="checkbox"/> Consultation	<input type="checkbox"/> Conseil	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Autre	
Médicaments :	<input type="checkbox"/> Vente	<input type="checkbox"/> Administration (médicaments, vaccin ou autres)	<input type="checkbox"/> Autre		
Falsification/utilisation de documents :	<input type="checkbox"/> Carnet de santé	<input type="checkbox"/> Certificat de vaccination			
Autre (précisez) :					

Date des événements

Survenu le ou vers le :	Heure :
--------------------------------	----------------

Identification du lieu où se sont déroulés les événements

Lieu :
Adresse :

Récit des faits (Description détaillée, identification des témoins, description de leur rôle, coordonnées)

* Si l'espace de l'encadré ci-haut est insuffisant, veuillez ajouter une page que vous joindrez à la présente sous la forme d'une pièce jointe.

Liens ou pièces jointes

Liens internet pertinents :	Nombre de pièces jointes :
Pièces jointes :	

Signature

Je comprends que la transmission de ce formulaire par courrier électronique aura la même portée que s'il avait été signé de ma main, autrement je comprends que je devrai imprimer, signer ce formulaire et le transmettre par la poste à l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec.

Oui Non

J'atteste que les renseignements fournis dans ce document sont véridiques et exacts.

Oui Non

Je m'engage à collaborer et à fournir tous les renseignements pertinents qui sont et seront portés éventuellement à ma connaissance et ce, pour toute la durée de l'enquête.

Oui Non

Je m'engage à témoigner devant la Cour ou toute autre instance si nécessaire.

Oui Non

Signature du demandeur :

Date :

Veillez transmettre ce document signé par courriel ou par la poste:

A. Par courriel

Enregistrez le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le à :

pratique.illegale@omvq.qc.ca



B. Par la poste

Imprimez le formulaire, remplissez-le à la main et acheminez-le à l'adresse suivante:

800, avenue Sainte-Anne, bureau 300

Saint-Hyacinthe (Qc) J2S 5G7