

SIGNALEMENT – EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE VÉTÉRAIRE OU UTILISATION ILLÉGALE DU TITRE DE MÉDECIN VÉTÉRAIRE

INFRACTION SIGNALÉE EN RÉSUMÉ (Cochez le ou les énoncés pertinents)

Dentisterie ☐

Interventions chirurgicales :

☐ Stérilisation

☐ Taille de queue

☐ Ergotomie (taille ergot)

Thérapies complémentaires :

☐ Acupuncture

☐ Ostéopathie

☐ Physiothérapie

☐ Manipulations articulaires et vertébrales

Interventions médicales :

☐ Consultation

☐ Conseil

☐ Prescription

Médicaments : ☐ Vente

☐ Administration (médicaments, vaccins ou autres)

Falsification/utilisation

☐ Carnet santé

☐ Certificat vaccination

documents :

Autres : (Décrivez) _____

DATE DE L'ÉVÉNEMENT

Survenu le : _____ ou entre le : _____ et le : _____ Heure : _____

ENDROIT DE L'ÉVÉNEMENT

Identification du lieu (résidence, commerce, écurie, ferme ou autres lieux) : _____

Adresse civique : _____

PERSONNE OU ENTREPRISE EN CAUSE

Nom de la personne : _____

Adresse civique : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Facebook : _____ Site Internet : _____

Autres informations pertinentes : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse civique : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Facebook : _____ Site Internet : _____

Autres informations pertinentes : _____

RÉCIT DES FAITS (Description détaillée des faits, identification des témoins, description de leur rôle, coordonnées)

J'ai déjà contacté l'Ordre à propos de ces faits : ☐ Oui ☐ Non

RÉCIT DES FAITS (Description détaillée des faits, identification des témoins, description de leur rôle, coordonnées) - SUITE

* 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 : _____

Pièces jointes : ☐ Oui ☐ Non

Nombre de pièces jointes : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LE SIGNALEMENT

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ (De préférence le numéro où vous pouvez être rejoint entre 8 h 30 et 16 h 30)

Adresse courriel : _____

Autorisez-vous l'Ordre à vous transmettre toute correspondance par courriel? Si vous êtes ☐ Oui ☐ Non

médecin vétérinaire, précisez de quel établissement : _____

Êtes-vous disposé à témoigner à la Cour le cas échéant : ☐ Oui ☐ Non

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

Signature du demandeur : _____

J'atteste que les renseignements fournis dans ce document sont véridiques et exacts. Je m'engage à collaborer, à témoigner devant la Cour ou toute autre instance si nécessaire, à fournir tous les renseignements pertinents qui sont et seront portés éventuellement à ma connaissance et ce, pour toute la durée de l'enquête.

Date : _____

Initiales : _____