
À REMPLIR PAR L'EXPLOITANTE OU L'EXPLOITANT
(en lettres majuscules)

INSCRIPTION

Je soussigné, _____
(nom)

C.P.-12 _____

Raison sociale _____

Adresse _____

Téléphone : résidence () _____ bureau : () _____

étant dûment autorisé à agir au nom de l'exploitation agricole ci-haut mentionnée, demande de m'inscrire
au Programme de certification sanitaire des exploitations piscicoles productrices d'œufs et d'alevins.

**Après avoir pris connaissance de tous les éléments de ce programme,
je m'engage à en respecter toutes les exigences et à suivre les recommandations
de la ou du médecin vétérinaire responsable de son application. De plus,
j'autorise le MAPAQ à diffuser le nom de mon exploitation piscicole dès
qu'elle sera certifiée tel que mentionné au programme.**

X _____ Date
Signature de l'exploitante ou de l'exploitant

Médecin vétérinaire responsable
de l'application dans la pisciculture _____