



PROGRAMME DE SOINS AUX ÉQUIDÉS

Canada Équestre

FORMULAIRE DE VALIDATION DE LA RVCP

Correspond à l'exigence 1.0

Propriétaire de l'établissement :

Nom: _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Adresse de l'établissement :

Vétérinaire traitant(e)

Nom : _____

Clinique : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Adresse de la clinique :

J'atteste par la présente qu'une réelle relation vétérinaire-client-patient est établie avec le (la) propriétaire nommé(e) ci-dessus et qu'elle sera maintenue jusqu'à ce que l'une des deux parties décide de la rompre.

Signature du (de la) vétérinaire traitant(e) : _____



Date : _____

Signature du (de la) propriétaire de l'établissement : _____

Date : _____