



## CONVENTION DE PARTENARIAT BELPLUME

### **PARTIE RESERVEE A L'AVICULTEUR :**

L'aviculteur désigne le vétérinaire ou la personne morale vétérinaire agréée ci-dessous pour le partenariat Belplume.

Nom + prénom du responsable sanitaire	
Numéro d'établissement :	BE
Adresse d'établissement	

### **PARTIE RESERVEE AU (CABINET) VETERINAIRE :**

Le cabinet vétérinaire ou la personne morale vétérinaire agréée déclare avoir pris connaissance de sa désignation comme vétérinaire chargé du partenariat Belplume.

Raison sociale du cabinet	
Adresse	
Nom + prénom du représentant	

### **(CABINET) VETERINAIRE SUPPLEANT (OPTION) :**

Le vétérinaire ou la personne morale vétérinaire agréée déclare avoir pris connaissance de sa désignation comme vétérinaire suppléant chargé du partenariat Belplume.

Raison sociale du cabinet	
Adresse	
Nom + prénom du représentant	

Date d'établissement : .....

Signature de l'aviculteur
---------------------------

Signature du vétérinaire
--------------------------

Signature du suppléant
------------------------