

TRANSFERT DU RAPPORT AU MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

<input type="checkbox"/>	Veuillez faire parvenir le rapport à mon médecin vétérinaire	
Ferme :		Troupeau # :
Nom du producteur :		
Signature :		Date :

COORDONNÉES DE LA CLINIQUE VÉTÉRINAIRE (section obligatoire)

Si la clinique possède un numéro d'intervenant Valacta Inscrire le numéro dans cette section	Intervenant # :
--	-----------------

Si la clinique ne possède pas de numéro d'intervenant Compléter la section suivante	
Nom de la clinique :	
Adresse complète :	
Téléphone :	Courriel :

Compléter la section suivante uniquement si le médecin vétérinaire désire recevoir le rapport sur une adresse courriel supplémentaire (en plus de la clinique)

Si le médecin vétérinaire possède un numéro d'intervenant Valacta Inscrire le numéro dans cette section	Intervenant # :
---	-----------------

Si le médecin vétérinaire ne possède pas de numéro d'intervenant Compléter la section suivante	
Nom du médecin vétérinaire :	
Courriel :	

L'adresse de la clinique vétérinaire sera utilisée par défaut pour toute correspondance postale avec le médecin vétérinaire.

Veillez faire parvenir ce document au service à la clientèle de Valacta :
service.clientele@valacta.com