

APPENDICE 3 DU REGLEMENT DE CONSULTATION

Document d'évaluation du niveau de conflits d'intérêts

(A remplir par chaque vétérinaire en cas de candidature groupée)

REVENUS ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES (ANNÉES N - 3, N - 2, N - 1)			
Pourcentage du chiffre d'affaires du cabinet/clinique vétérinaire (ou pourcentage des revenus pour les vétérinaires salariés) provenant des activités réalisées auprès des centres de rassemblement, établissements ou exploitation faisant l'objet de la candidature (2) :			
Désignation du centre/exploitation/établissement :	% du CA du cabinet/clinique provenant des activités auprès du centre/exploitation/établissement		
	N - 3	N - 2	N - 1
Etablissement 1 :			
Etablissement 2 :			
Etablissement 3 :			
(2) Préciser si nécessaire sur papier libre. Arrondir au chiffre entier supérieur.			

Type d'activité réalisée auprès des centres de rassemblement, établissements ou exploitation faisant l'objet de la candidature :

ACTIVITÉ	CENTRE 1	CENTRE 2	CENTRE 3
Vétérinaire sanitaire :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Vétérinaire traitant :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Certification : visites sanitaires	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Cocertification :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Salariat ou assimilé de l'établissement/du groupe :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

DÉCLARATIONS COMPLÉMENTAIRES DU CANDIDAT
Avez-vous fait l'objet de sanctions disciplinaires ou pénales ? Si oui préciser les motifs et la date.
Exercez-vous un autre métier que celui de vétérinaire ? Si oui préciser lequel ou lesquels ?
Avez-vous des activités extra-professionnelles (administratives, associatives, ...) ? Si oui préciser lesquelles ?

Je soussigné(e) Dr vétérinaire

.....

certifie sur l'honneur que les renseignements communiqués ci-dessus sont sincères, authentiques et conformes à la réalité, et déclare être informé que toute fausse déclaration peut entraîner la non-recevabilité de ma candidature ou la rupture de la convention avec le préfet, voire des poursuites pénales et ordinales.

Lieu et date :

.....

*Signature et cachet professionnel
du vétérinaire candidat :*