

Ce document concerne la déclaration de libre prestation de services, à remettre à l'ordre national des vétérinaires préalablement à tout acte vétérinaire en France, conformément à l'article L.241-3 du code rural et de la pêche maritime, aux articles 16 et svts de la *Directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur* ainsi que les articles 5 et svts de la *Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles*.

Merci de retourner ce document accompagné des pièces justificatives par voie électronique à [cso.paris@veterinaire.fr](mailto:cso.paris@veterinaire.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante :

**Conseil supérieur de l'Ordre des vétérinaires**  
34 rue Breguet  
75011 PARIS  
FRANCE

## 1. IDENTITE DU DECLARANT « PERSONNE PHYSIQUE »

1.1 SEXE :  Femme  Homme

1.2 NOM : ..... PRENOM(S) : .....

1.3 NATIONALITE : .....

*Cocher le code pays correspondant :*

<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> IT	<input type="checkbox"/> BG	<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> FR
<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> EE	<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> DE
<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> HR	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> LT
<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> FI	<input type="checkbox"/> HU	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> EL
<input type="checkbox"/> PL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> MT	<input type="checkbox"/> CZ
<input type="checkbox"/> CY	<input type="checkbox"/> LV	<input type="checkbox"/> IE	<input type="checkbox"/> SK	

Autre(s) : .....

1.4 Numéro de passeport ou de la carte d'identité : .....

1.5 Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

1.6 Lieu de naissance : .....

*Cocher le code pays correspondant :*

<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> IT	<input type="checkbox"/> BG	<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> FR
<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> EE	<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> DE
<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> HR	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> LT
<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> FI	<input type="checkbox"/> HU	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> EL
<input type="checkbox"/> PL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> MT	<input type="checkbox"/> CZ
<input type="checkbox"/> CY	<input type="checkbox"/> LV	<input type="checkbox"/> IE	<input type="checkbox"/> SK	

Autre(s) : .....

**1.7 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DANS VOTRE ETAT-MEMBRE D'ORIGINE**

ADRESSE PROFESSIONNELLE

ADRESSE PERSONNELLE

.....  
.....

**1.8 ADRESSE DE RESIDENCE EN FRANCE**

.....

Téléphone : ..... email : ..... @ .....

## 2. IDENTITE DU DECLARANT « PERSONNE MORALE »

2.1 DÉNOMINATION SOCIALE : .....

2.2 NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL : .....

2.3 ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL : .....

Ville : ..... Pays : .....

*Cocher le code pays correspondant:*

- |                             |                             |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AT | <input type="checkbox"/> IT | <input type="checkbox"/> BG | <input type="checkbox"/> ES | <input type="checkbox"/> FR |
| <input type="checkbox"/> SE | <input type="checkbox"/> EE | <input type="checkbox"/> NL | <input type="checkbox"/> PT | <input type="checkbox"/> DE |
| <input type="checkbox"/> LU | <input type="checkbox"/> CH | <input type="checkbox"/> HR | <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> LT |
| <input type="checkbox"/> RO | <input type="checkbox"/> FI | <input type="checkbox"/> HU | <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> EL |
| <input type="checkbox"/> PL | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> MT | <input type="checkbox"/> CZ |
| <input type="checkbox"/> CY | <input type="checkbox"/> LV | <input type="checkbox"/> IE | <input type="checkbox"/> SK |                             |

Autre(s) : .....

2.4 Téléphone : ..... email : ..... @ .....

**2.5 INFORMATIONS SUR LE VETERINAIRE EXERCANT POUR LE COMPTE DE LA PERSONNE MORALE EN FRANCE**

2.5.1 Nom du vétérinaire exerçant en France pour le compte de la société:.....

2.5.2 Lien avec la personne morale :.....

2.5.3 Compléter les points 1.1 à 1.8 concernant l'identité du vétérinaire nommé ci-dessus.

### 3. EXERCICE DE LA PROFESSION VETERINAIRE DANS L' ETAT-MEMBRE DANS LEQUEL VOUS ETES ETABLI

#### 3.1 DANS QUEL ETAT-MEMBRE ETES-VOUS LEGALEMENT ETABLI ?

L'Etat-membre d'établissement est celui sur le territoire duquel le prestataire de services exerce effectivement son activité pour une durée indéterminée et au moyen d'une infrastructure stable à partir de laquelle la fourniture de services est réellement assurée.

*Cocher le code pays correspondant :*

- |                             |                             |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AT | <input type="checkbox"/> IT | <input type="checkbox"/> BG | <input type="checkbox"/> ES | <input type="checkbox"/> FR |
| <input type="checkbox"/> SE | <input type="checkbox"/> EE | <input type="checkbox"/> NL | <input type="checkbox"/> PT | <input type="checkbox"/> DE |
| <input type="checkbox"/> LU | <input type="checkbox"/> CH | <input type="checkbox"/> HR | <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> LT |
| <input type="checkbox"/> RO | <input type="checkbox"/> FI | <input type="checkbox"/> HU | <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> EL |
| <input type="checkbox"/> PL | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> MT | <input type="checkbox"/> CZ |
| <input type="checkbox"/> CY | <input type="checkbox"/> LV | <input type="checkbox"/> IE | <input type="checkbox"/> SK |                             |

Autre(s) : .....

#### 3.2 MERCI DE PRECISER VOTRE ADRESSE PROFESSIONNELLE DANS CET ETAT-MEMBRE

3.3 Nom et adresse de l'organisme professionnel représentant la profession vétérinaire dans votre Etat-membre d'établissement: .....

Numéro d'inscription ou d'enregistrement auprès de cet organisme : .....

#### 3.4 NATURE DES ACTIVITES VETERINAIRES EXERCEES DANS L'ETAT MEMBRE D'ETABLISSEMENT

## 4. EXERCICE DE LA PROFESSION VÉTÉRINAIRE EN LIBRE PRESTATION DE SERVICES EN FRANCE

4.1 Merci d'indiquer pour chacune de vos interventions la période, le lieu d'exercice et la nature des activités

vétérinaires exercées en France :

Du .. /.. /.. au .. /.. /..

Adresse : .....

Nature des activités vétérinaires : .....

Du .. /.. /.. au .. /.. /..

Adresse : .....

Nature des activités vétérinaires : .....

Du .. /.. /.. au .. /.. /..

Adresse : .....

Nature des activités vétérinaires : .....

4.2 Etes vous titulaire de l'habilitation prévue à l'article 203-1 du code rural et de la pêche maritime permettant le titre de « vétérinaire sanitaire » ?

OUI

NON

Si oui, merci d'indiquer l'autorité administrative qui vous a délivré l'habilitation et la date de délivrance :

4.3 Avez-vous déjà réalisé des prestations de services vétérinaires en France au cours des précédentes années ?

OUI

NON

4.4 Possédez vous un assurance ou toute autre protection individuelle ou collective couvrant votre responsabilité professionnelle liée à l'exercice de la profession vétérinaire?

OUI

NON

Si OUI, merci de renseigner les points suivants :

Nom de la compagnie d'assurance : .....

Numéro du contrat : .....

Limite du plafond d'indemnisation: .....

4.5 Votre assurance renseignée au 4.1 couvre-t-elle également l'exercice de votre activité professionnelle en France?

OUI

NON

## 5. DOCUMENTS ANNEXES A LA DECLARATION

### 5.1 Merci de cocher les documents accompagnant la déclaration:

- Attestation d'inscription ou d'enregistrement à l'organisme professionnel vétérinaire
- Preuve de la nationalité
- Attestation certifiant que le détenteur est légalement établi dans un Etat-membre pour y exercer les activités en question et qu'il n'encourt, lorsque l'attestation est délivrée, aucune interdiction même temporaire d'exercer
- Une preuve des qualifications professionnelles
- Attestation du niveau de connaissance de la langue française pour l'exercice de la profession
- Autres : .....

*En cas de doute, l'ordre pourra exiger tout document justificatif.*

## 6. DONNEES PERSONNELLES

- J'autorise l'Ordre national des vétérinaires à utiliser mes données personnelles dans le cadre de l'IMI (*Internal Market Information System*).

## 7. SIGNATURE

7. Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans cette déclaration et m'engage à respecter les dispositions du code de déontologie vétérinaire applicable en France.

Date : .....

Signature : .....

# ANNEXE

## LISTE DES CODES PAYS

Belgique / België	Belgique	BE
България (🇬🇧)	Bulgarie	BG
Česká republika	République tchèque	CZ
Danmark	Danemark	DK
Deutschland	Allemagne	DE
Eesti	Estonie	EE
Éire/Ireland	Irlande	IE
Ελλάδα (🇬🇷)	Grèce	EL
España	Espagne	ES
France	France	FR
Hrvatska	Croatie	HR
Italia	Italie	IT
Κύπρος (🇬🇷)	Chypre	CY
Latvija	Lettonie	LV
Lietuva	Lituanie	LT
Luxembourg	Luxembourg	LU
Magyarország	Hongrie	HU
Malta	Malte	MT
Nederland	Pays-Bas	NL
Österreich	Autriche	AT
Polska	Pologne	PL
Portugal	Portugal	PT
România	Roumanie	RO
Slovenija	Slovénie	SI
Slovensko	Slovaquie	SK
Suisse	Suisse	CH
Suomi/Finland	Finlande	FI
Sverige	Suède	SE
United Kingdom	Royaume-Uni	UK