

COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE OURENSE

Fecha_____

ACREDITACIÓN PARA LA SOLICITUD DEL SELLO VETERINARIO NORMALIZADO.

D._____

Colegiado/a Núm._____ en la provincia de Ourense.

Con domicilio profesional en: (localidad) _____

Ayuntamiento de _____

Calle _____

Tel. _____

SE ACREDITA COMO VETERINARIO CON EJERCICIO CLÍNICO EN :

EJERCICIO POR CUENTA PROPIA	CLÍNICA DE PEQUEÑOS ANIMALES	_____
	CLÍNICA DE GRANDES ANIMALES	_____

EJERCICIO POR CUENTA AJENA	CLÍNICA DE PEQUEÑOS ANIMALES	_____
	CLÍNICA DE GRANDES ANIMALES	_____

ESTABLECIMIENTO DE CLÍNICA UBICADA EN:_____

AGRUPACIÓN GANADERA UBICADA EN:_____

EMPRESA UBICADA EN:_____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO AGRUPACIÓN O
EMPRESA_____

TIPO DE SELLO QUE SOLICITA: 1º O 2º

FDO.: