

### Identité

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

### Cabinet vétérinaire

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

### Statut d'exercice de la médecine vétérinaire

Libéral ou  Associé

### Autres financements

*(si oui, précisez le montant en € ci-dessous)*

Aide autres collectivités : .....

.....

Autres : .....

.....

## Justificatifs à fournir

- Carte nationale d'identité du bénéficiaire
- Statut du cabinet vétérinaire le cas échéant
- RIB
- Justificatifs d'exercice légal de la médecine vétérinaire en Saône et Loire du demandeur : l'inscription à l'ordre avec le cas échéant l'inscription de la structure d'exercice, l'habilitation sanitaire, l'inscription sur la liste portée à connaissance du public auprès de la Direction départementale de protection de la population (DDPP) de Saône-et-Loire.
- Un ou des devis pour les investissements et matériels, objets de la demande
- Justifier d'une activité en production animale (animaux d'élevage ou de rente)

## Engagement pris par le bénéficiaire

Le bénéficiaire s'engage pour une durée minimum de 3 ans à poursuivre son activité en libéral ou associé dans un établissement de soins vétérinaires en Saône-et-Loire, assurer la continuité et la permanence de soins aux animaux d'élevage sur 5 ans, justifier d'une activité en production animale (animaux d'élevage ou de rente)

Je prends acte de cet engagement.

Le bénéficiaire devra signer une convention avec le Département de Saône et Loire, qui reprendra ces engagements.

## Justificatifs à fournir pour le paiement de l'aide

- Un acompte de 40% sera versé à la signature de la convention,
- Le solde sera versé sur présentation des justificatifs suivants :
  - Factures certifiées acquittées
  - Attestation sur l'honneur que la ou les subventions obtenues pour les investissements, objets de la convention, ne dépassent pas le plafond de 60 000 €/an/bénéficiaire

À .....

Le .....

Signature