

Collège vétérinaire du Grand-Duché de Luxembourg
2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Tél. (352) 2478 - 3526
Email : college.veterinaire@ms.etat.lu

DÉCLARATION DE VOLONTÉ DE REPRISE D'EXERCICE

Madame la Présidente,

Je soussigné(e) vous informe de ma volonté de reprise d'exercice de la profession de médecin vétérinaire et me permet de vous demander de me renseigner sur les démarches à suivre.

Je suis conscient(e) que toutes les démarches doivent être accomplies avant le début de ma reprise.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma très haute considération.

....., le

.....

(Signature)