

Collège vétérinaire du Grand-Duché de Luxembourg  
7B, rue Thomas Edison  
L-1445 Strassen  
Boîte postale 1403  
L - 1014 Luxembourg  
Email : college.veterinaire@asv.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 permets 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.

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

....., le .....

.....

(Signature)