



ANTALYA
BETA İLAÇLAMA
LTD.ŞTİ.



EK - 1 BİYOSİDAL ÜRÜN
UYGULAMA İŞLEM FORMU
TREATMENT REPORT

UYGULAMA YAPAN FİRMA ADI/ADRESİ : ANTALYA BETA İLAÇLAMA Sedir Mah. 728 Sk. No:30/1 Muratpaşa/ANTALYA

MESÜL MÜDÜR : M. YÜCEL ŞANLIER

Uygulayıcılar Adı, Soyadı :

TELEFON/FAKS NUMARASI : Tel: 0532 232 42 34 - 0242 237 95 05

MÜDÜRLÜK İZİN TARİH VE SAYISI : 10.04.2018-178

UYGULAMA YAPAN EKİP SORUMLUSU :

KULLANILAN BİYOSİDAL ÜRÜNE AİT BİLGİLER

ÜRÜNÜN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Tic. adı Ruhsat Tar./ Say. :	KONSANTRE EC	AGİTA 10 WG	FIBROSTAR JEL	RATIMUR	ALFADOM SC	
Uygulama şekli :	YÜZEY	YÜZEY	DAMLA	İSTASYON	YÜZEY	
Aktif Maddesi :	PERMETHRİN	THIAMETHOXAM	FIPRONİL	BROMODİLON	A CYPERMETHRİN	
Antidotu :	ATROPİN	ATROPİN	ATROPİN	Kİ VİTAMİNİ	ATROPİN	
Amb. Miktarı (Kg./Litre) :	5 LT	1 KG	35 GR	5 KG.	5 LT	

UYGULAMA YAPILAN YER HAKKINDA BİLGİLER :

Uygulama yapılan yerin açık adresi

Uygulama yapılan haşere türü/adı ☐ H. Böceği/Cockroach ☐ Karasinek/Fly ☐ Sivrisinek Larva/Mosquito ☐ Fare/Mouse ☐ Sıçan/Rat ☐ Diğer/Other

Uygulama tarihi ve saati

Alınan Güvenlik Önlemleri, yapılan öneri ve uyarılar :

Ziyaret Tipi / Typu Of Visit	Kapsam / Contents	<input type="checkbox"/> Kemir. Denet / Rod Insp.
<input type="checkbox"/> Rutin / Routine	<input type="checkbox"/> Lüzey Uygulama / Resudial	<input type="checkbox"/> Yalıtım / Proofing
<input type="checkbox"/> İlk Ziyaret / Initial Treatment	<input type="checkbox"/> Dezenfekte / Disinfectant	<input type="checkbox"/> Diğer / Other
<input type="checkbox"/> Acil Çağrı / Call - Out	<input type="checkbox"/> Sisleme / Fogging	

Notlar :

Otel odaları, ile genel alanlar mutfak
restoran, lobi bükler personal alanlar,
vb. kapalı alt binalar, ila binalar.

Ekip Sorumlusu - İmza

Uygulama Yapılan Yerin Sorumlusu/Yetkili İmza

Not : ZEHİRLENME DURUMLARINDA GEREKTİĞİNDE ULUSAL ZEHİR DANIŞMA MERKEZİNİN
(UZEM) 114 VE ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNİN 112 NOLU TELEFONUNU ARAYINIZ.

Bu form 3 nüsha olarak hazırlanır ve bir nüshası ilaçlama yapılan yerin yetkililerine/sahibine verilmesi zorunludur.