



## UYGULAMA İŞLEM FORMU TREATMENT REPORT

		The second second		Mah. 72	8 2K. NO:3/	
UYGULAMA YAPAN	FIRMA ADI/A	DRESI : ANTALYA	BETA İLAÇLA	MA Seall Main	Muratpas	Sa/ANTALY
MESÜL MÜDÜR		:M. YÜ	CEL ŞANLI	ER		MALYA
Uygulayıcılar Adı, So	oyadı			212 027 0	5 05	
TELEFON/FAKS NUM	MARASI	:Tel: 05	532 232 42 3	4 - 0242 237 9		
MÜDÜRLÜK İZİN TAI	RİH VE SAYIS		2018-178	1 / 1		
UYGULAMA YAPAN	EKIP SORUM	LUSU:			itcitER	_
KULL	ANILANI	BIYOSID	ALÜRÜ	NEAITB	ILGILER  5	□ 6
ÜRÜNÜN	□ 1	2	□ 3	<u> </u>	Application of the second	
Tic. adı Ruhsat Tar./ Say. :	KONSANTRE EC	AGİTA 10 WG	FIBROSTAR JEL	RATIMUR	ALFADOM SC	
Uygulama şekli :	YÜZEY	YÜZEY	DAMLA	ISTASYON	YÜZEY	
Aktif Maddesi :	PERMETHRIN	THIAMETHOXAM	FIPRONIL	BROMODILON	A CYPERMETHRIN	
Antidotu :	ATROPÍN	ATROPÍN	ATROPÍN	KI VİTAMİNİ	ATROPÍN	
Amb. Miktarı (Kg./Litre) :	5 LT	1 KG	35 GR	5 KG.	5 LT	
UYGULAMA YAPILA	N YER HAKK	INDA BİLGİLE	R:			
#11-10A		^	1.0	- El		
Uygulama yapılan yerin açık adre		ung H	9.		Tara/Mausa   Sican/Ra	t □Diğer/Oth
Uygulama yapılan haşere türü/ad	H. Böceği/C	Cockroach	ek/Fiy Sivrisine	ek Larva Mosquito	are/Mouse	
Uygulama tarihi ve saati	5.5	3.202	2	-	Carrent	445.00
Alınan Güvenlik Önlemleri, yapılan öneri ve					100	DAY.
	nts	☐ Kemir. Denet / Rod Insp.				
Ziyaret Tipi / Typu Of Visit Kapsam / Conten  ☑ Rutin / Routine □ Lüzey Uygulama / Resudi				☐ Yalıtım / Proofing		
☐ Ilk Ziyaret / Initial Trealment ☐ Dezenfekte / Disingected			The second secon	☐ Diğer / Other		
Acil Çağrı / Call - Out	☐ Sislen	ne / Fogging				
Notlar:						
	0 0	-1000		Sugar I.	1 000	
040	june	alen		DAM !	2- CAN	JV4
Wall Street	1		100 / Table	1.000	170	
centra	n Ko	Mol	D HE	pumpy	1	1
The state of the			U	0	1 1 1 1 1 1 1	
15 (7/11)						
	7 7 1	21 / 1977				
	777713	AVA				1
70-11	1		Uvaulama	Yanılan Yerin	Sorumlysu/Yetkil	li İmza
Ekin Sorumlusu -	Imza		Oygulama	1	1.18	
00 11	MANN		4/4	A1/1	Depon.	172
11/1/		1	110	9/1/1	lY/	
Not : ZEHİRLENME DL	JRUMLARINDA	GEREKTIĞİNDE	III USAL ZEI	HIR DANIŞMA M	ERKEZİNİN	
ALIZEMI 114 VE ALIL S	SAGLIN HIZIVIET	LEKININ 117 NO	I II IFLEEON	0140		9 4
Bu form 3 nüsha olarak ha	azırlanır ve bir nüsh	nası ilaçlama yapıla	n yerin yetkilileri	ne/sahibine verilme	esi zorunludur.	